

UNIVERSITÉ DE PARIS — FACULTÉ DE MÉDECINE

ANNÉE 1913

THÈSE

N°

305

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Transformation
de Tuberculose verruqueuse en Lupus tuberculeux
et, inversement,
transformation de Lupus en Tuberculose verruqueuse

PAR

L.-M. DÉMOULIN

Né à Moislains (Somme), le 19 Juin 1878

Président : M. E. GAUCHER, Professeur.

PARIS

IMPRIMERIE DES THÈSES DE MÉDECINE

OLLIER - HENRY

26, Rue Monsieur-le-Prince (VI°)

—
1913

1115

305

THÈSE
POUR
LE DOCTORAT EN MÉDECINE

UNIVERSITÉ DE PARIS — FACULTÉ DE MÉDECINE

ANNÉE 1913

THÈSE

N° —

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Transformation
de Tuberculose verruqueuse en Lupus tuberculeux
et, inversement,
transformation de Lupus en Tuberculose verruqueuse

PAR

L.-M. DÉMOULIN

Né à Moislains (Somme), le 19 Juin 1878

Président : M. E. GAUCHER, Professeur.

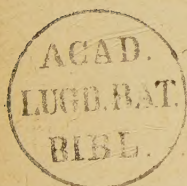
PARIS

IMPRIMERIE DES THÈSES DE MÉDECINE

OLLIER - HENRY

26, Rue Monsieur-le-Prince (VI^e)

1913



FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Doyen.....	M. LANDOUZ
Professeurs.....	MM.
Anatomie.....	NICOLAS
Physiologie.....	CH. RICHET
Physique médicale.....	WEISS
Chimie organique et chimie générale.....	DESGREZ
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.....	BLANCHARD
Pathologie et Thérapeutique générales.....	ACHARD
Pathologie médicale.....	{ WIDAL
Pathologie chirurgicale.....	{ TEISSIER
Anatomie pathologique.....	LEJARS
Histologie.....	PIERRE MARI
Opérations et appareils.....	PRENANT
Pharmacologie et matière médicale.....	HARTMANN
Thérapeutique.....	POUCHET
Hygiène.....	MARFAN
Médecine légale.....	CHANTEMESSE
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	THOINOT
Pathologie expérimentale et comparée.....	LETULLE
	ROGER
Clinique médicale.....	{ DEBOVE
	{ LANDOUZY
	{ GILBERT
	{ CHAUFFARD
Maladies des enfants.....	HUTINEL
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale..	GILBERT BALI
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	GAUCHER
Clinique des maladies du système nerveux.....	DEJERINE
Clinique chirurgicale.....	{ PIERRE DELBE
	{ N.
	{ QUENU
	{ RECLUS
Clinique ophtalmologique.....	{ DE LAPERSOI
Clinique des maladies des voies urinaires.....	{ LEGUEU
	{ BAR
Clinique d'accouchements.....	{ PINARD
	{ RIBEMONT-D
	{ SAIGNES
Clinique gynécologique.....	{ POZZI
Clinique chirurgicale infantile.....	{ KIRMISSON
Clinique thérapeutique.....	{ A. ROBIN

Agrégés en exercice

MM.			
BALTHAZARD	DUVAL PIERRE	LECÈNE	OMBREDANN
BERNARD	GOUGEROT	LENORMANT	PROUST
BRANCA	GREGOIRE	LEQUEUX	RATHERY
BRINDEAU	GUENIOT	LERI	RETTERER
BROCA ANDRÉ	GUILLAIN	LÉPER	RICHAUD
BRUMPT	JEANNIN	MACAIGNE	ROUSSY
CAMUS	JOUSSET ANDRÉ	MAILLARD	ROUVIERE
CARNOT	LABBE MARCEL	MORESTIN	SCHWARTZ
CASTAIGNE	LANGLOIS	MULON	SICARD
CHEVASSU	LAIGNEL-LAVAS-	NICLOUX	TERRIEN
CLAUDE	TINE	NOBECOURT	TIFFENEAU
COUVELAIRE		OKYNCZYC	ZIMMERN

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE ET A MES SCEURS

*Je dédie de tout cœur ce travail, faible
témoignage de ma plus tendre affection et
de ma plus profonde reconnaissance.*

A MON PARRAIN

A MES MEILLEURS AMIS

V. B. ET L. C.

MEIS ET AMICIS

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX

MONSIEUR LE PROFESSEUR LANNELONGUE. (*in memoriam.*)

MONSIEUR LE PROFESSEUR KIRMISSON

Professeur de Clinique chirurgicale infantile à la Faculté de Médecine
Chirurgien de l'Hôpital des Enfants Malades
Membre de l'Académie de Médecine
Chevalier de la Légion d'honneur

MONSIEUR LE PROFESSEUR DIEULAFOY. (*in memoriam*)

MONSIEUR LE DOCTEUR MAUCLAIRE

Professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris
Chirurgien de l'Hôpital de la Charité

MONSIEUR LE PROFESSEUR LANDOUZY

Professeur de Clinique Médicale à la Faculté de Médecine
Médecin de l'Hôpital Laënnec
Membre de l'Académie de Médecine
Commandeur de la Légion d'honneur

MONSIEUR LE PROFESSEUR LEGUEU

Professeur des Maladies des Voies urinaires à la Faculté de Médecine
Chirurgien de l'Hôpital Necker
Chevalier de la Légion d'honneur

MONSIEUR LE PROFESSEUR PINARD

Professeur de Clinique obstétricale à la Faculté de Médecine
Accoucheur de la Clinique Baudelocque
Membre de l'Académie de Médecine
Chevalier de la Légion d'honneur

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR GAUCHER

PROFESSEUR DE CLINIQUE DES MALADIES CUTANÉES ET SYPHILITIQUES

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE

MÉDECIN DE L'HÔPITAL SAINT-LOUIS

MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

AVANT - PROPOS

Nous tenons, avant d'aborder notre sujet, à remercier nos Maîtres des Hôpitaux de Paris de leur sollicitude bienveillante de tous les instants, des excellents conseils et des savantes leçons qu'ils nous ont prodigués ; c'est avec la plus vive reconnaissance que nous nous rappelons tout ce que nous leur devons.

M. le Professeur agrégé H. GOUGEROT, depuis que nous avons été son élève chez M. le Professeur LANDOUZY, n'a cessé d'être pour nous un maître autant qu'un ami ; c'est à lui que nous devons l'idée première de cette thèse ; qu'il nous permette de lui exprimer ici toute notre gratitude et l'assurance de notre dévouement.

M. le Docteur DARIER, médecin de l'hôpital Saint-Louis, a bien voulu nous communiquer une observation personnelle inédite, d'autant plus intéressante qu'elle comporte un examen histologique ; nous l'en remercions bien vivement.

M. le Professeur GAUCHER nous fait l'honneur d'accepter la présidence de notre thèse ; nous lui adressons l'hommage de notre reconnaissance et de notre profond respect.

INTRODUCTION

Les faits de transformation de tuberculose cutanée en une autre forme de tuberculose cutanée sont rarement signalés.

Ces faits soulèvent d'intéressantes hypothèses sur la pathogénie encore si obscure des tuberculoses : pourquoi, en effet, le même bacille donne-t-il ici un lupus, là une tuberculose verruqueuse ?

Ces faits sont en outre importants à connaître, au point de vue pratique et pronostique, car la gravité, la résistance au traitement, est variable suivant les formes de tuberculose et l'on doit savoir graduer la cure suivant chaque forme. Un lupus est beaucoup plus difficile et plus long à guérir qu'une tuberculose verruqueuse : la tuberculose verruqueuse régresse et disparaît presque toujours rapidement, en deux à trois mois, sous l'influence de la radiothérapie ; au contraire, le lupus traîne des mois et des années, même traité par la radiothérapie et la méthode de Finsen. Si l'on veut aller vite, il faut, sous anesthésie générale, détruire les placards à l'air chaud, à 700-800°, et lorsque le lupus ne siège pas à la face, c'est là la méthode de choix, bien que les récives partielles ne soient pas

rare et que parfois l'on ait pu craindre des traînées chéloïdiennes.

On comprend donc que la transformation d'un lupus en tuberculose verruqueuse soit à souhaiter, alors qu'au contraire la transformation d'une tuberculose verruqueuse en lupus constitue une redoutable aggravation.

Ces transformations sont rares, nous avons pensé qu'il était intéressant d'attirer l'attention sur elles, mais loin de nous la prétention d'en fournir une étude complète, les observations que nous présentons sont, à la vérité, bien restreintes, toutefois elles se présentent avec assez de netteté pour qu'il soit possible d'en tirer des conclusions.

Pour nous faire une idée exacte, il nous a paru utile, tout d'abord, de rappeler brièvement dans les deux premiers chapitres : et la tuberculose verruqueuse et le lupus vulgaire.

Dans le troisième chapitre, nous montrerons que si la coexistence de la tuberculose verruqueuse et du lupus avec même d'autres manifestations tuberculeuses cutanées est fréquente ; la transformation verruqueuse en lupus et réciproquement, est rare.

Le quatrième chapitre sera consacré aux observations.

Dans le cinquième chapitre, nous chercherons si la pathogénie peut expliquer ces transformations.

Le dernier chapitre donnera les indications du traitement, en particulier par l'air chaud à 700-800°.

CHAPITRE PREMIER

DE LA TUBERCULOSE VERRUQUEUSE

La tuberculose est une maladie infectieuse, contagieuse, microbienne ; c'est une vérité aujourd'hui démontrée. Les localisations du bacille de Koch peuvent se faire en tous les points de l'organisme, lorsqu'elles se font à la peau elles peuvent revêtir des aspects très variés, beaucoup plus polymorphes qu'on ne le supposait, il y a quelques années à peine : ces faits nous sont connus par de nombreux travaux, ceux de DARIEB surtout, en France, de JADASSOHN, à l'étranger.

Depuis une dizaine d'années on divise les tuberculoses cutanées en deux groupes : les *tuberculoses cutanées* proprement dites et les *tuberculides* ; c'est dans le premier groupe des *tuberculoses cutanées vraies*, *tuberculides bacillaires* (HALLOPEAU) comme on les appelle encore que se classent et le *lupus vulgaire* et la *tuberculose verruqueuse* ; elles sont admises par tous : elles sont démontrées par leur structure histologique qui est celle du follicule tuberculeux classique, par la constatation du bacille de Koch,

par les inoculations positives au cobaye, par les réactions locales à la tuberculine.

Nous allons rappeler brièvement en quoi consiste la tuberculose verruqueuse, mais avant il convient de remarquer que les auteurs ne sont pas tous absolument d'accord sur l'identité ou la non identité de la tuberculose verruqueuse avec l'affection décrite antérieurement sous d'autres noms.

De même que pour le lupus tuberculeux il a fallu arriver au commencement du XIX^e siècle à l'époque de WILLAN et de son élève et collaborateur BATEMAN pour trouver une définition valable et précise du terme lupus ; de même la tuberculose verruqueuse de la peau qui a été observée depuis longtemps n'a été décrite pour la première fois qu'en 1882 par LELOIR et VIDAL (*comptes rendus de la Société de Biologie, novembre 1882*), sous le nom de *lupus scléreux* ; HARDY l'appelait *scrofulide tuberculeuse* ; le *tubercule anatomique* décrit par LAËNNEC serait semblable, de même le *tubercule des opérateurs et des anatomistes* ; enfin M. le Professeur GAUCHER préfère le terme de *tuberculose papillomateuse ou papillomato-tuberculose*.

C'est en 1885 que RIEHL et PALTAF, assistants de KAPOSI à Vienne attirèrent l'attention sur cette même affection qu'ils appelèrent d'un nom nouveau : *tuberculose verruqueuse de la peau* ; ils en firent une étude très complète non seulement clinique mais encore histologique et bactériologique.

Toutes ces appellations, y comprise celle de *lupus verrucosus* de MAC CALL ANDERSON correspondraient à une même lésion semble-t-il pour des auteurs tels que : ANGIBAUD,

LELOIR, BROCCQ, GAUCHER, alors qu'il y aurait seulement correspondance plus ou moins exacte pour DARIER, MOUTOT, GOUGEROT ; nous pensons qu'en réalité d'insensibles transitions relient ces formes de lupus et que toutes ces appellations sont également justes, si l'on envisage la morphologie de la lésion, ses caractères histologiques, son étiologie, son évolution.

Il n'y a rien d'absolu (1) et MOUTOT dans sa thèse si consciencieuse et si remarquable dit avec raison :

« La tuberculose verruqueuse de la peau au sens actuel du mot ne saurait être entendue comme une entité nosologique parfaitement définie. En dehors de sa nature tuberculeuse, de l'atteinte des couches superficielles du revêtement ectodermique par les lésions tuberculeuses, il n'existe aucun critérium étiologique, clinique, pronostique, histologique ou bactériologique qui permette d'individualiser cette forme de tuberculose cutanée. La tuberculose cutanée dans son sens le plus général comprend ainsi toute tuberculose cutanée avec état papillomateux. Elle traduit une végétation des papilles, avec prolifération du corps muqueux de MALPIGHI ; c'est une réaction histologique spéciale de la peau sous l'influence de l'envahissement de ses parties superficielles par

(1) Une preuve entre autres, c'est que M. le Professeur GAUCHER écrit dans *Le Bulletin Médical*, janv. 1895 : « Le lupus scléreux de Vidal se différencie cependant de la tuberculose verruqueuse ; il présente un aspect spécial dû à la prédominance des lésions de sclérose sur celles de papillome. A part cela, c'est la même lésion, ce sont les mêmes symptômes et les mêmes caractères histologiques. »

les lésions bacillaires. Elle rentre dans la classe du lupus, dont elle est une modalité surtout objective, un lupus papilliforme. »

S'il est vrai que l'épithète de papillomateuse soit excellente pour qualifier cette tuberculose cutanée, parce qu'elle éveille à la fois l'idée de la constitution histologique et celle de l'aspect clinique ; nous garderons l'expression de tuberculose verruqueuse non seulement parce qu'elle est généralement employée mais encore parce qu'elle est bien choisie : tuberculose classe l'affection dans les tuberculoses cutanées typiques, c'est-à-dire dont la nature tuberculeuse est nettement démontrée, verruqueuse en donne la description clinique.

Dans son traité de « Dermatologie pratique. » M. BROcq classe dans ses tableaux de diagnostic différentiel général des principales dermatoses — la tuberculose verruqueuse parmi les dermatoses caractérisées surtout au point de vue objectif par le grand développement des papilles et de leur revêtement épithélial, par de l'hyperacanthose et de l'hyperkératose, avec réaction inflammatoire visible, et qui présente en particulier une évolution chronique avec peu ou point de tendance à la guérison spontanée, une tendance à s'étendre lentement par la périphérie en affectant une forme générale assez nettement arrondie ou ovale ou circinée ; à la périphérie une base rouge infiltrée ; au centre papilles hypertrophiées avec petits abcès dans la couche papillaire ; sièges d'élection : les doigts, les mains, les poignets, les pieds.

Nous avons ainsi une idée générale de cette affection ; mais étudions là avec un peu plus de détails.

La tuberculose verruqueuse est suivant la définition de M. le Professeur GAUCHER : « Un lupus constitué par des excroissances papillomateuses ou verruqueuses, d'étendue variable, recouvertes de lamelles épidermiques cornées ou de croûtes dures et épaisses et séparées les unes des autres par des ulcérations linéaires et fissuriques. »

De toutes les manifestations cutanées tuberculeuses typiques : ulcérations, gommès, lupus, la tuberculose verruqueuse est la plus rare et comme elle est peu douloureuse et de marche très lente on voit exceptionnellement le malade au début de son affection.

La lésion débute soit par une ulcération résultant de la plaie d'inoculation non cicatrisée, qui se recouvre parfois d'une croûte et devient bientôt papillomateuse, soit par une surface papuleuse ayant d'abord les dimensions d'une lentille de couleur rouge violacé, cette papule d'abord aplatie forme au début une très légère saillie au dessus de la peau voisine ; ses bords violacés se séparent nettement de la peau saine. La surface de cette papule est d'abord légèrement papillomateuse ; mais au bout de quelque temps elle se recouvre de croûtes blanchâtres qui forment une saillie de plus en plus considérable (huit et même vingt millimètres) au dessus de la peau voisine, à mesure que la lésion progresse.

La plaque plus ou moins grande, arrondie, ovulaire ou serpiginieuse présente à l'état de complet développement : trois zones :

1^{re} zone périphérique érythémateuse, sans saillie appréciable, disparaissant sous la pression du doigt. La peau

est lisse, quelquefois brillante, les orifices glandulaires y restent nettement distincts.

2° zone moyenne au niveau de laquelle on remarque de petites pustules superficielles ou bien des croûtelles arrondies et des squames vestiges des pustules. La peau est légèrement infiltrée, brun livide, reste jaunâtre sous la pression du doigt.

3° zone centrale faisant plus ou moins saillie au dessus du niveau des téguments, caractérisée par un aspect irrégulier hérissé de saillies papillomateuses d'autant plus accentuées que l'on se rapproche davantage du centre. Ces saillies sont recouvertes de croûtes adhérentes d'épiderme corné.

Dans l'intervalle de ces papillomes se voient des fissures, des rhagades, de petits abcès intradermiques, de telle sorte que par la pression on peut faire sourdre des gouttelettes de pus.

Si l'on ramollit à l'aide de cataplasmes, ces stratifications et si on les enlève par le grattage, on voit une surface papillomateuse offrant l'aspect d'un grand nombre de verrues accolées très intimement; cette surface est fendillée et présente les mêmes fissures que celles constatées à travers les croûtes.

Telle est la tuberculose verruqueuse typique, celle que nous envisageons comme pouvant se transformer en lupus tuberculeux ou bien résultant de la transformation d'un lupus tuberculeux.

A condition qu'il s'agisse du même type, nous acceptons indifféremment les termes de : scrofulide verruqueuse,

lupus verrucosus, lupus scléreux et papillomateux, tubercule anatomique, etc.

Il y a lieu de faire cette réserve pour éviter toute équivoque, car MOUTOT a justement écrit que : « les termes de lupus papillaire, de tuberculose papillomateuse n'ont pas un sens absolument défini ; nous les avons trouvés employés par des auteurs différents ou par les mêmes auteurs pour désigner aussi bien des tubercules verruqueux du type RIEHL et PALTAUF, que des lupus végétants et exubérants ».

Autour de ce placard de tuberculose verruqueuse typique, mobile sur les plans profonds, la peau est absolument normale, elle n'est pas infiltrée, on n'y trouve pas non plus de petits nodules sucre d'orge comme dans le lupus vulgaire.

Quant à l'anatomie pathologique bien étudiée par VIDAL, LELOIR, RIEHL et PALTAUF, DARIER, elle montre que *les lésions siègent dans les couches superficielles du derme* et n'atteignent qu'exceptionnellement le niveau des glandes sudoripares, à l'inverse des lésions du lupus vrai qui infiltrent le derme dans toute son épaisseur ; les nodosités ont tous les caractères histologiques de la granulation tuberculeuse et du follicule tuberculeux.

Les papillomes seraient primitifs et se développeraient avec les nodules. A mesure que la lésion progresse, on remarque que les follicules tuberculeux se transforment en tissu fibreux et que le tissu embryonnaire de nouvelle formation évolue, dans sa totalité, vers l'organisation fibreuse. C'est cette évolution scléreuse et atrophique qui amène, au bout d'un certain temps, la cicatrisation spon-

tanée des lésions. Quant aux follicules superficiels, ils suppurent et constituent de petits abcès qui s'ouvrent dans les sillons interpapillaires.

De même que pour le lupus, on a démontré que la tuberculose verruqueuse était bien de nature bacillaire.

La lésion renferme peu de bacilles, mais elle en renferme, de plus, l'inoculation expérimentale chez le cobaye est habituellement suivie de succès.

Alors que le lupus vulgaire se montre le plus souvent chez des sujets jeunes, chétifs, scrofuleux, la tuberculose verruqueuse, d'après ANGIBAUD, se montre chez des adultes vigoureux ne présentant assez souvent dans leurs antécédents héréditaires et personnels aucune tare tuberculeuse. Selon MOUTOR, l'inoculation est primitive dans les deux tiers des cas ; l'origine est soit humaine, soit animale. Cette forme de tuberculose s'observe aux doigts et à la main chez les médecins, chez les garçons d'amphithéâtre et les infirmiers qui se blessent avec des instruments ayant servi à des autopsies de tuberculeux ; elle peut se produire chez tous ceux qui s'écorchent avec des objets souillés de matière tuberculeuse ; elle peut enfin affecter les individus en rapport avec des animaux tuberculeux (1)

(1) « La tuberculose verruqueuse existe chez les animaux, en particulier chez certains oiseaux. J'ai vu dans le laboratoire du Docteur ROGER, un perroquet atteint de tuberculose verruqueuse de la tête qui avait infecté trois personnes de la maison où il se trouvait ».

LECAPLAIN. — *Normandie Médicale*, Rouen 1908, XXIV, p. 355.

ou qui manient des substances animales infectées de tuberculose : vétérinaires, nourrisseurs, bouchers, équarisseurs, cochers. On peut l'observer sur tous les points du tégument. Quant à l'auto-inoculation secondaire chez un malade déjà porteur d'une lésion tuberculeuse quelle qu'elle soit, on observe que la colonisation bacillaire en un point de la peau ou d'une muqueuse dermo-papillaire, se fait soit à distance — le malade s'inoculant par ses sécrétions bacillifères —, soit autour d'une fistule provenant d'une tuberculose osseuse ou autour d'un abcès ganglionnaire. Enfin, comme pour le lupus vulgaire, on peut également signaler une origine interne : lymphatique ou hématique.

Quelle est la marche de cette lésion qui résulte, comme le dit M. le Professeur GAUCHER, d'un mélange d'hyperkératose épidermique, d'hypertrophie papillaire et de sclérose du derme? La marche de la tuberculose verruqueuse est toujours chronique. La plaque s'étend lentement, par poussées ; l'extension se fait sur toute la périphérie ou sur un point seulement.

Mais l'affection, malgré son accroissement continu, a une certaine tendance à la cicatrisation spontanée ; on voit les croûtes de la partie centrale de la plaque disparaître peu à peu ; les saillies papillomateuses sous-jacentes s'affaissent à leur tour ; les fissures se comblernt, ne présentant plus de fistules. Plus tard encore, les excroissances papillaires disparaissent tout à fait, laissant à leur place une cicatrice squameuse mince et superficielle, surtout remarquable par son aspect criblé ou réticulé.

La guérison spontanée de toute la plaque verruqueuse

est plus apparente que réelle, car dans la suite, soit dans la cicatrice, soit à son voisinage, l'on peut voir des récidives, soit sous la forme de tuberculose verruqueuse, soit sous la forme de lupus vulgaire (DOUTRELEPONT).

Le plus souvent, la tuberculose verruqueuse est une lésion locale qui ne s'accompagne pas de généralisation ; si elle se transforme en lupus vulgaire, le pronostic s'aggrave, comme nous le verrons.

LELOIR a écrit que le lupus scléreux est une variété atténuée de la tuberculose du tégument, qu'il est bien au point de vue spécifique et au point de vue anatomique, au lupus vulgaire, ce que la tuberculose fibreuse du poumon est à la tuberculose vulgaire de cet organe ; toutefois, MOUTROT insiste sur l'intérêt pratique, immédiat, à démontrer que cette forme est grave, que tout individu qui en est porteur est un bacillaire en puissance, d'où la nécessité d'un traitement rapide, énergique et efficace.

Il est trop vrai qu'on voit parfois chez des individus prédisposés, chez les descendants de tuberculeux, cette tuberculose locale se propager aux vaisseaux, aux ganglions lymphatiques et même envahir les viscères.

La tuberculose verruqueuse est une lésion qu'on ne confondra pas avec une *verruque*, cette dernière est bien limitée, ne reposant pas sur une base indurée, ne présentant pas d'auréole érythémateuse, ne se recouvrant pas de croûtes. Le *papillome simple* offre une très grande ressemblance avec la tuberculose verruqueuse, mais il ne présente ni base indurée, ni zone érythémateuse périphérique, ni cicatrice centrale ; cependant, le diagnostic est quelquefois si difficile qu'on ne pourra l'établir avec certitude, que

par l'examen bactériologique ou l'inoculation au cobaye.

La tuberculose verruqueuse se distinguera aisément des *végétations*, excroissances ramifiées, molles, humides, non recouvertes de croûtes.

L'épithélioma papillaire est assez facile à distinguer, car les croûtes, très peu adhérentes, recouvrent des végétations qui saignent facilement; quant au *nævus verruqueux ou papillomateux*, c'est une lésion congénitale ou apparue au début de l'existence, dans laquelle il n'y a jamais ni suppuration, ni croûtes, mais seulement, parfois, un enduit séborrhéique plus ou moins épais.

Nous avons déjà dit que le traitement de la tuberculose verruqueuse devait être rapide, énergique et efficace; il n'y en a qu'un, dit M. le Professeur GAUCHER : ce traitement consiste à détruire la lésion, nous verrons comment en un chapitre spécial.

CHAPITRE II

DU LUPUS VULGAIRE

Beaucoup d'auteurs appellent communément le lupus vulgaire, lupus tuberculeux et comme le dit M. le professeur GAUCHER dans ses « Leçons sur les maladies de la peau » la qualification « tuberculeux » est prise ici dans son sens dermatologique et morphologique : tubercule est synonyme de nodosité. Mais par un hasard singulier il se trouve que cette dénomination est également vraie sous le rapport étiologique. Ce lupus n'est pas seulement tuberculeux par la forme de sa lésion élémentaire, il est aussi de nature tuberculeuse ou bacillaire.

Donc le lupus vulgaire est constitué par des éléments primitifs de l'ordre des tubercules ; ces éléments primitifs sont de petits grains d'un jaune-rougeâtre plus ou moins clairs, comme translucides, ressemblant à du sucre d'orge ou à de la gelée de pomme, enchâssés dans le derme et recouverts d'épiderme au travers duquel on les voit par transparence ; il s'en produit tout d'abord un ou plusieurs de la grosseur d'une tête d'épingle, isolés les uns des autres ou groupés le plus souvent sur la joue, le nez ou

en quelque autre endroit de la face, plus rarement sur le reste du tégument.

Peu à peu, ils se développent, augmentent de volume, certains font une certaine saillie perceptible au toucher.

Ils ne sont pas douloureux ni spontanément ni à la pression, néanmoins ils sont le siège d'une certaine sensibilité des plus caractérisées quand on les palpe sans précaution.

Un de leurs autres caractères et des plus importants, qu'ils conservent dans toutes les phases de leur évolution surtout lorsqu'ils tendent à la destruction rapide des tissus c'est leur mollesse et la facilité avec laquelle il se laissent dilacérer par les instruments tranchants.

Enfin chaque plaque lupique, présente une marche lentement extensive et centrifuge. Tandis que la périphérie s'accroît, le centre de la plaque subit certaines modifications : il s'ulcère en surface ou en profondeur, ou il disparaît sans ulcération, par atrophie cicatricielle.

Cet état cicatriciel est caractéristique ; il existe toujours au bout d'un certain temps, dans un lupus un peu étendu et aide beaucoup au diagnostic.

Notre but n'est pas de décrire l'infinie variété des formes lupiques. nous nous contenterons de dire qu'on peut classer les divers aspects du lupus tuberculeux en deux grands groupes, suivant que le lupus tend à l'atrophie cicatricielle (*lupus non ulcéreux, non exédens*) ou à l'ulcération (*lupus ulcéreux ou exédens*).

Ces deux formes ne sont, d'ailleurs pas toujours indépendantes ; un lupus d'abord non ulcéreux peut devenir ulcé-

reux ; un lupus peut-être non ulcéreux sur une de ses parties et ulcéreux sur l'autre.

Dans le lupus non ulcéreux c'est la variété : *lupus élevé proéminent* c'est-à-dire la forme la plus ordinaire que nous envisagerons.

Cette variété s'accompagne d'une infiltration modérée de la peau, les nodules primitifs, agglomérés, forment des saillies molles, élastiques, isolées ou réunies en plaques arrondies de la dimension d'un pois, parfois d'une noisette, d'un rouge plus ou moins pâle ou plus ou moins foncé. A côté de ces nodules saillants il y en a de plus profonds, infiltrant le derme et même le tissu cellulaire sous-cutané, seulement appréciables à la palpation. Les nodules sont d'âges différents, les uns récents, les autres plus anciens, affaissés et sclérosés par places, végétant en d'autres points. Les masses lupiques déterminent à leur périphérie une réaction inflammatoire assez vive ; au pourtour, la peau est violacée, plus épaisse que sur les parties saines.

L'anatomie pathologique de cette lésion montre que *les nodules sont disséminés dans le derme* ; on y trouve des follicules tuberculeux types c'est-à-dire avec des cellules géantes, une couronne de cellules épithélioïdes et embryonnaires à la périphérie. On observe de plus, des trainées embryonnaires autour des vaisseaux, des glandes, des follicules pileux. On constate la présence du bacille de Koch dans le follicule tuberculeux et, surtout dans des cellules géantes ; mais à la vérité les bacilles sont très rares.

La nature tuberculeuse du lupus est démontrée d'une

façon indiscutable ainsi que nous l'avons indiqué dans le chapitre précédent.

Le lupus vulgaire débute d'ordinaire pendant l'enfance et la jeunesse, son maximum de fréquence comme époque de début est de un à trente ans.

Les femmes y seraient plus prédisposées que les hommes. Une enquête minutieuse révèle dans presque tous les cas des antécédents de tuberculose chez les ascendants, les collatéraux, ou les familiers de la maison.

Le lupus tuberculeux peut se développer chez des sujets déjà tuberculeux atteints d'adénites tuberculeuses ou de tumeur blanche, ou de tuberculose pulmonaire ; il est alors la localisation cutanée d'une tuberculose héréditaire ou acquise. Mais, *dans la plupart des cas le lupus est dû à une inoculation cutanée* que celle-ci provienne d'un sujet étranger ou qu'elle soit produite par le sujet lui même qui atteint déjà de tuberculose pulmonaire, s'inocule par exemple, avec ses produits d'expectoration.

Presque tous les cas de lupus sont dus à une inoculation cependant il y a des exceptions et il convient de retenir le fait indiscutable et si intéressant relaté par M. le Professeur GAUCHER : « Un malade est opéré d'un lupus de la joue, largement, par le bistouri ; pour combler la perte de substance opératoire, on lui fait une greffe avec la peau du bras. Quatre ans après, sur le lambeau greffé, apparaissent de nouveaux tubercules lupiques ». Cette observation prouve la possibilité de l'origine interne du lupus.

La lésion une fois installée, ce qui caractérise surtout la marche du lupus tuberculeux vulgaire, c'est sa longue

durée ; il met plusieurs mois ou plusieurs années à évoluer.

Ainsi que le dit HALLOPEAU, il est susceptible, de même que les différentes formes de tuberculose cutanée, de trêves tantôt passagères, tantôt très prolongées.

Il peut aussi progresser constamment quoique avec lenteur et gagner presque toute la face ou de vastes étendues sur les membres ou sur le tronc.

Il évolue parfois vers l'ulcération quand il n'est pas ulcéreux d'emblée ; après des mutilations considérables, il peut s'arrêter et même guérir spontanément.

Les cicatrices sont dans certains cas très apparentes, vicieuses et peuvent même, quand elles siègent aux orifices, entraîner une atrésie plus ou moins complète des narines, de la bouche, etc. Elle sont souvent le point de départ des récidives, elles peuvent donner lieu à une transformation en tuberculose verruqueuse comme nous en citons un exemple. (Observ. VI.)

La guérison du lupus tuberculeux ne peut se faire que par la production d'un tissu cicatriciel ou d'une cicatrice ; mais comme LEOIR l'a bien fait remarquer dans ses leçons sur le lupus, professées en 1888, il faut, ne pas confondre le lupus sclérosé avec le lupus scléreux ou tuberculose verruqueuse comme on voudra l'appeler ; dans le lupus sclérosé, les lésions correspondent tout simplement à une des phases de l'évolution du lupus vulgaire lorsque celui-ci passe par la transformation fibreuse, transformation qui ne se présente que dans le lupus non exedens. Dans un cas c'est un processus de régression et de guéri-

son (lupus sclérosé), dans l'autre c'est un processus d'évolution (lupus scléreux.)

Quant aux complications, les unes sont banales si l'on peut dire : adénites, lymphangites, érysipèles ; les autres sont très graves : par exemple l'épithélioma qui atteint surtout les vieillards et se présente sous l'aspect d'une tumeur végétante saignant facilement, avec envahissement rapide des ganglions, et, destruction active des tissus ; non moins grave est l'infection tuberculeuse secondaire, la fréquence de cette infection secondaire a été fort discutée ; pour M. Brocq, elle paraît au-dessus de toute discussion, il a vu des lupus chroniques se terminer par des méningites, des péritonites tuberculeuses, par de la granulie, etc,

Ces considérations nous montrent que le lupus est une affection grave, non seulement parce que la récidive est fréquente ; mais surtout à cause de l'éventualité possible d'une tuberculose viscérale, le plus souvent pulmonaire.

Quant au diagnostic nous n'en dirons que quelques mots ; il est surtout à faire avec la *syphilide tuberculeuse*, les tubercules syphilitiques sont durs, bruns ou cuivrés ; ils ne se laissent pas dilacérer facilement et ne saignent pas ; enfin ils sont bien limités. Les cicatrices du lupus sont inégales, plus gaufrées que celles de la syphilis dont les bords sont d'ordinaire fortement pigmentés ; mais bien souvent le diagnostic ne sera possible que par le traitement antisiphilitique.

Le *Sycosis* peut-être quelquefois pris pour un lupus et inversement, quand celui-ci siège sur les régions pileuses,

dans le sycosis, les lésions sont inflammatoires et très douloureuses, les poils sont altérés et cassés.

Nous ne citerons que pour mémoire la lèpre, l'épithélioma, l'actinomyose de la face, l'eczéma et l'impetigo.

Le traitement du lupus, est une des choses les plus difficiles de la dermatologie dit DUBREUILH et l'on est obligé de mettre en œuvre les moyens les plus variés pour arriver à un résultat ; nous en traiterons au chapitre VI.

CHAPITRE III

Nous connaissons maintenant les principaux caractères et du lupus tuberculeux et de la tuberculose verruqueuse, considérés à l'état de types purs, bien définis ; nous pouvons nous demander s'il est fréquent de voir la transformation locale de l'une des formes de tuberculose cutanée en l'autre forme de tuberculose cutanée, si dissemblable que soit l'aspect macroscopique de chaque lésion, mais en tenant compte qu'un même bacille, le bacille de Koch, est la cause de leur production.

Par suite de l'imprécision des termes parfois employés pour décrire une lésion plus ou moins identique à celle de la tuberculose verruqueuse typique, il y a une certaine difficulté à répondre.

Il ne s'agit pas, bien entendu, d'un lupus vulgaire qui deviendrait végétant (1) comme on le voit sur le moulage

(1) « Dans la tuberculose inoculée de la peau (forme verruqueuse) le développement des papilles est contemporain de la production des nodules tuberculeux dans la région superficielle du derme, ces

31-681 (*lupus ulcéreux végétant. Joue, menton.* — GUIBOUT) du musée de l'hôpital Saint-Louis ; il ne s'agit pas davantage des troubles de la kératinisation cutanée pouvant aboutir à la formation de plaques cornées plus ou moins épaisses, recouvrant, en général, des saillies papillomateuses, qu'on observe dans certains cas de lupus anciens de la face au niveau de cicatrices plus ou moins évidentes (LELOIR).

Qu'un lupus tuberculeux se transforme en une tuberculose verruqueuse typique telle que le montrent les moulages 81-936 (*Tuberculose cutanée, tubercule des anatomistes. Pouce et index.* — BESNIER), 81-1606 (*Tuberculose cutanée. Tuberculose scléreuse verruqueuse. Lupus scléreux verruqueux de Vidal.* — FOURNIER), il nous a paru que si beaucoup d'auteurs en font mention dans les ouvrages et publications que nous avons consultés, les observations étaient très rares. En revanche, la coexistence de ces deux lésions, soit seules, soit associées avec d'autres manifestations tuberculeuses cutanées a fait l'objet de maintes observations ; nous dirions presque, que seules, sont indiscutables les observations où il s'agissait de coexistence ou de combinaison des diverses

proliférations sont véritablement tuberculeuses et ne résultent pas, comme dans le lupus de la végétation d'ulcérations ; elles ne sont donc pas secondaires comme dans le lupus. »

E. GAUCHER. — *Tuberculose inoculée de la peau. Le Bulletin médical*, janv. 1895, p. 27-30.

variétés de lupus, en particulier celles que nous avons envisagées.

Par exemple, LONGUEVILLE, dans sa thèse : « Du polymorphisme des manifestations tuberculeuses de la peau » indique avoir voulu faire ressortir combien étaient multiples et fréquentes les lésions tuberculeuses cutanées sur un même individu ; son observation n° 5, est relative à un malade de 34 ans, nettement tuberculeux pulmonaire qui présentait des ulcérations tuberculeuses, des gommes bacillaires et de la tuberculose verruqueuse.

LENGLET, dans son article « Lupus » de « La pratique dermatologique », écrit que les diverses variétés de lupus se combinent fréquemment entre elles.

VIDAL dit très bien que : « Le lupus scléreux peut s'observer d'emblée avec tous ses caractères essentiels ; c'est la forme primitive de l'affection. Mais il est plus fréquent de voir un lupus primitivement tuberculeux s'indurer, végéter, devenir papillomateux ; c'est la forme secondaire du lupus scléreux. Or, ces deux formes, primitive et secondaire, doivent être intimement rattachées l'une à l'autre ; elles ne sont qu'une seule et même lésion ; ce qui le prouve, c'est qu'elles peuvent se développer simultanément chez le même individu, qui présente parfois, dans ce cas, toutes les phases de transition entre les lésions du lupus tuberculeux et celles du lupus scléreux primitif.

« Ce qui établit d'ailleurs d'une façon absolument irréfutable la nature des lésions auxquelles je donne le nom de lupus scléreux primitif, c'est ce qui se passe quand on leur a fait subir le raclage ; pendant que la plaie se répare, la tendance à la récurrence de l'affection se manifeste tout

d'abord par l'apparition dans la cicatrice de petits tubercules mollasses, d'un jaune rougeâtre transparent, de lupus tuberculeux.

« Dans les cas exceptionnels de guérison spontanée, les saillies verruqueuses et mamelonnées s'affaissent, puis disparaissent; il ne reste qu'une plaque de tissu scléreux au milieu de laquelle on voit parfois dans un temps plus ou moins éloigné, récidiver des tubercules. »

Faut-il rappeler que dans les lupus disséminés consécutifs à la rougeole, l'on observe, le plus souvent, des manifestations cutanées tuberculeuses multiples : nodules lupiques tuberculeux, parfois quelques ulcérations, souvent des placards papillomateux des mains et des pieds.

A côté de ces manifestations variées, mais distantes les unes des autres, nous croyons devoir signaler au moins deux observations où le lupus tuberculeux et la tuberculose verruqueuse existent côte à côte ce qui ne prouve en aucune façon, semble-t-il, qu'il y ait eu transformation d'une forme en l'autre.

D'après WICKAM (Lupus vulgaire et lupus verruqueux chez le même malade. *British J. of D.* 1890), il s'agit d'un jeune homme de 17 ans qui présentait au nez et à la joue, un lupus ulcéreux, des gommès tuberculeuses de la peau et du lupus verruqueux aux pieds et aux mains. Au-dessus du genou droit, se voyait une plaque mesurant 3 à 4 centimètres de longueur et autant de largeur, qui, si elle n'avait été accompagnée des autres productions lupiques, aurait certainement été d'un diagnostic difficile, car elle contenait du lupus vulgaire, et de la tuberculose verruqueuse, et il n'était

pas possible de la classer définitivement dans l'une ou l'autre de ces formes morbides.

Dans sa thèse, Moutot a publié l'observation personnelle suivante (1), que nous reproduisons en partie :

B... Claude, 43 ans, marchand forain et jockey d'ânes, entre à la clinique le 27 mars 1906, pour une lésion verruqueuse de la face dorsale de la main gauche.

Rien à signaler dans ses antécédents héréditaires ou personnels.

Début de l'affection actuelle. — L'affection aurait eu pour point de départ une chute faite, en mai 1905, dans une course à ânes. Toutefois, la relation entre les deux faits ne semble pas bien établie. Immédiatement après la chute, le malade n'aurait constaté aucune éraillure de la peau. Il eut seulement pendant plusieurs jours, de la gêne dans les mouvements de l'articulation métacarpo-phalangienne du pouce gauche.

C'est en septembre, seulement, que le malade commence à s'inquiéter d'un petit bouton situé sur la partie dorsale de l'articulation métacarpo-phalangienne du pouce gauche. Ce petit bouton rouge, ou plutôt de teinte violacée, non prurigineux, et légèrement saillant, ne tarda pas à présenter de petites fissures et à se recouvrir de croûtelles. Il a continué à se développer sans changer beaucoup d'aspect.

Etat actuel : 27 mars 1906. — La lésion a une forme générale arrondie. Son diamètre est de cinq centimètres environ. La lésion est constituée par un *placard verruqueux* bordé d'une zone de téguments de un centimètre environ de largeur, d'aspect violacé.

(1) Observation n° II, p. 267-270.

Le centre de la lésion est constitué par des saillies papillomateuses agglomérées. Ces saillies ont un volume qui varie entre une tête d'épingle et une lentille. Elles sont pressées les unes contre les autres, mais séparées par des sillons profonds, mis en évidence en les écartant.

Le placard papillomateux est entouré d'une zone de téguments violacés. Cette bordure a une largeur de 1 centimètre environ et se continue insensiblement avec la peau saine. Les téguments sont, à ce niveau, finement squameux. Les poils ont disparu. La peau donne une sensation de mollesse. *En quelques points, on voit des nodules jaunes et sucre d'orge.* Ils apparaissent nettement par vitro-pression.

Enfin, bien que nous ne voulions en tirer aucun enseignement, il n'est peut-être pas sans intérêt de citer les deux observations suivantes :

M. COMBY, parmi un certain nombre de cas de tuberculose cutanée verruqueuse chez les enfants, signale qu'un enfant atteint de tuberculose cutanée des mains, avait sa sœur atteinte d'un lupus de la joue.

D'autre part, WHITEHOUSE rapporte l'histoire d'un homme de 29 ans qui, à la suite de rougeole, présentait de la tuberculose verruqueuse typique sur les mains, les poignets, la partie antérieure des bras, les jambes, les cuisses et les fesses ; il avait l'habitude d'essuyer avec son mouchoir le pus qui suintait sur les mains. Comme il mouchait son fils, âgé de 5 ans, avec le même mouchoir, il lui inocula au niveau de la joue droite un lupus vulgaire.

Sans doute, il existe des observations de transformation de tuberculose verruqueuse en lupus tuberculeux et réci-

proquement, de lupus en tuberculose verruqueuse, mais les exemples que nous avons trouvés sont relatifs, ou à la coexistence des dites lésions sur un même individu, mais à distance les unes des autres sans rapport anatomique visible, ou à celle qu'on trouve sur une même plaque, il s'agit alors de lésions mixtes et non de transformation in situ. Cette transformation est fréquemment envisagée ; ainsi, VIDAL avait déjà remarqué que si le lupus tuberculeux peut se transformer en lupus scléreux, celui-ci, après raclage, peut récidiver sous forme de lupus vulgaire.

LELOIR dit également : Qu'on peut voir un placard de lupus vulgaire s'indurer, devenir mamelonné, puis papillomateux et présenter finalement, soit dans sa totalité, soit en partie, l'aspect papillomateux.

Comme le signalent DUCASTEL, KNICKENBERG, on peut voir d'abord se développer autour d'une fistule, une plaque de tuberculose cutanée souvent franchement lupique qui, à la périphérie, prend l'aspect papillomateux et désormais progresse sous la forme verruqueuse.

MOUTOT fait remarquer que sur le lupus, surtout dans les cas de lupus éléphantiasique du membre inférieur, se produisent des plaques verruqueuses tout à fait analogues au lupus scléreux de VIDAL.

Pour DARIER, toutes les variétés morphologiques de lupus, n'ont qu'un intérêt didactique et diagnostique ; le lupus vulgaire est un dans sa nature et il peut très bien affecter en divers points ou successivement une apparence et une allure variables.

D'après M le Professeur agrégé GOUGEROT, la transformation de la tuberculose verruqueuse en lupus, bien

qu'exceptionnelle, est moins rare que l'évolution inverse ; mais dans les classiques, nous avons relevé qu'on parlait, au contraire, très rarement de la première transformation et beaucoup plus de l'autre, c'est-à-dire de la transformation du lupus en tuberculose verruqueuse.

Quoi qu'il en soit, les faits de transformation de tuberculose cutanée en une autre forme de tuberculose cutanée ont été rarement signalés. Nous avons pu réunir quelques observations que nous présentons ici pour attirer l'attention sur un fait qui n'est pas simplement une curiosité clinique, mais présente surtout de l'importance au point de vue pratique et pronostique ainsi que nous l'avons dit dans l'introduction : le traitement varie avec chaque forme et le lupus est plus difficile à guérir que la tuberculose verruqueuse ; il n'est donc pas indifférent que la transformation se fasse en un sens quelconque.

CHAPITRE IV

OBSERVATIONS

I. — TRANSFORMATION DE LA TUBERCULOSE VERRUQUEUSE EN LUPUS.

Bien qu'exceptionnelle, cette tranformation est moins rare que l'évolution inverse.

OBSERVATIONS I ET II

Dues à M^r le Professeur agrégé Gougerot

« Dans le premier et le second cas, qui datent déjà de 1905-1906, il s'agissait de tuberculose verruqueuse vulgaire typique, chez un homme de 24 ans, bronchitique, et chez une femme de 46 ans toussuse. On les traita suivant la règle d'alors par des pointes de feu très rapprochées et profondes, après anesthésie à la stovaine. Les eschares de thermocautérisation tombèrent en une quinzaine de jours, laissant une plaie bourgeonnante d'aspect banal, la cicatrisation était terminée cinq à six semaines après la cautérisation. Mais au lieu d'avoir une guérison complète, dans la cicatrice encore rouge et un peu squameuse je découvris par la vitropression

des grains lupiques, caractéristiques par leur forme arrondie, leur grandeur, leur teinte orangée demi-transparente, leur mollesse à la transfixion. La tuberculose verruqueuse s'était transformée en lupus tuberculeux.

L'homme se prêta à une nouvelle destruction par le galvanocautère des nodules lupiques, la plupart guérirent ; mais sur le bord de la cicatrice, évolua bientôt une chéloïde qui renfermait à l'une de ses extrémités deux grains lupiques (1). Je fis accepter le traitement que je proposais à cette époque : ablation au bistouri et radiothérapie immédiate (trois séances de 5 heures [2]) : le malade accepta et la guérison se maintint complète (3). Mais on voit combien la guérison avait été difficile et longue à obtenir du fait de la transformation en lupus et de la complication chéloïdienne.

La femme, pusillanime, ne voulut pas d'une deuxième cautérisation, on la traita par la méthode de Finsen ; il fallut une douzaine de mois avec une séance hebdomadaire pour compléter la guérison du lupus ».

(1) GOUGEROT et LAMY : Chéloïdes et Tuberculoses, *Gaz. des Hôp.* 1^{er} sept. 1908, n° 99, p. 1179.

(2) DE BEURMANN, GOUGEROT et NOIRÉ : Traitement des chéloïdes par la radiothérapie, *Soc. Dermat.* nov. 1906, in *Annales de Dermatologie* p. 936.

(3) Je signale que cette chéloïde examinée histologiquement contenait entre les deux grains visibles cliniquement, d'autres follicules tuberculeux qui avaient servi de centre formateur au tissu chéloïdien. Cette complication fibro-chéloïdienne est fréquente après les destructions des tuberculoses cutanées par les caustiques, en particulier par le thermocautère ; elle complique singulièrement le traitement, car emprisonnant les follicules dans le tissu fibreux dense elle « enferme le loup dans la bergerie ». Les traitements ultérieurs n'arrivent que difficilement à atteindre ces nodules tuberculeux protégés par la gangue chéloïdienne.

OBSERVATION III

Due à M. le Professeur agrégé Gougerot

M... Zélie, vingt et un ans. Clinique des maladies cutanées et syphilitiques de l'hôpital Saint-Louis : Professeur GAUCHER.

Cette jeune femme était depuis son enfance entachée de scrofulo-tuberculose.

Enfant, elle a eu de gros ganglions, et elle porte aux bras la cicatrice d'abcès froids.

A l'âge de douze ans, elle a été atteinte d'un *lupus vulgaire de la face*, qui lentement a progressé ; ce lupus couvre le nez et les deux joues et se complique bientôt de dacryocystite tuberculeuse. Il est traité par la méthode de Finsen et est en voie de guérison.

Vers l'âge de treize ans survient un *placard de lupus sur la jambe droite* qui fut rapidement guéri par l'acide phénique ; peu après apparaît une *tuberculose verruqueuse de la plante du pied droit*, qui, insidieusement, a envahi presque toute la plante et persiste encore aujourd'hui, huit ans après le début.

En août 1908, la région rétro-malléolaire droite se tuméfie, rougit ; le 2 septembre, on découvre une collection fluctuante que l'on rapporte à une *synovite tuberculeuse* ; le 4 septembre, l'abcès froid s'ulcère spontanément et laisse écouler un pus fluide grumeleux ; un stylet pénètre jusqu'à la malléole péronière qui est dénudée et hypertrophiée. Le 30 septembre 1908, l'ulcération se cicatrise.

En 1909-1910, la jambe droite augmente lentement de volume, elle devient « grosse et dure », dit la malade ; l'*éléphantiasis* progresse insidieusement.

En février 1911, les lésions de la jambe droite sont donc complexes : tuberculose verruqueuse de la plante du pied, éléphantiasis

du pied et de la partie inférieure de la jambe s'atténuant vers le genou.

L'éléphantiasis est caractéristique : tuméfaction massive du membre par un œdème dur, état sale et hyperkératosique comme granuleux de la région tibio-tarsienne, sillons lobulant la partie postérieure du cou de pied.

L'évolution vint donner la preuve de la nature bacillaire de la lymphangite éléphantiasique des petits vaisseaux ; en effet, des lymphangites tuberculo-gommeuses des gros vaisseaux lymphatiques se démasquent vers le milieu de septembre 1911.

On découvre, en octobre, à la face antéro-externe de la jambe éléphantiasique, trois gommès en échelons apparues de bas en haut : la gomme inférieure s'ulcère le 1^{er} octobre donnant une ulcération à bords irréguliers, à fond caséeux, le pus contient de rares bacilles de Koch. Le 29 octobre, la gomme moyenne s'ulcère. Le 5 décembre, la gomme supérieure se fistulise : les ulcérations ont donc été successives comme l'apparition de ces trois gommès.

En mars 1912, grâce à la radiothérapie, la tuberculose verruqueuse plantaire et l'éléphantiasis commencent à diminuer.

La tuberculose verruqueuse de la plante du pied, traitée par la radiothérapie, régressa incomplètement, devint un lupus (1) tuberculeux ; on refit une radiothérapie qui détermina une radiodermite, si bien qu'en juillet, on percevait une coloration roentgénienne très douloureuse au centre d'une cicatrice à peine squameuse, qui paraissait nette ; mais à un examen attentif, on découvrait des grains lupiques.

(1) Toute cette partie de l'observation a été publiée : GOUGEROT : Eléphantiasis tuberculeux. *Revue de chirurgie* 10 juillet 1912, n° 7, p. 52, 3 fig.

La lésion ulcéreuse s'éternisant et empêchant le sommeil depuis plusieurs semaines, on décida de traiter la radiodermite et le lupus par l'air chaud à 700-800°. M. Vignat, qui a eu le mérite de montrer l'heureux effet de l'air chaud sur les radiodermes, pratiqua la petite opération ; le soir même, la malade ne souffrait plus ; elle put dormir, alors que les douleurs suspendaient le sommeil depuis des semaines ; la cicatrisation fut rapide et de la radiodermite et du lupus.

OBSERVATION IV

Due à M. le Professeur agrégé Gougerot

Bernard P..., 23 ans, plâtrier, entre à l'hôpital le 12 juin 1911.

Pas d'antécédents bacillaires, mais stigmates d'hérédo-syphilis : le nez est enfoncé à la base, la voûte palatine est nettement ogivale, incisives écartées, lésions dentaires très nettes ; la réaction de Wassermann donna un résultat négatif. Depuis un an et demi le malade présente sur la face interne du pied gauche, au voisinage de la malléole tibiale, des lésions cutanées qui débutèrent par une petite tache rouge, cette papule s'agrandit en même temps que de petites ulcérations apparurent dont quelques-unes se recouvrirent de croûtes tandis que d'autres suppurèrent un peu.

A la face plantaire du pied droit, lésion arrondie, de la dimension d'une pièce de cinq francs, recouverte de croûtes, non douloureuse, ne gênant pas la marche ; on applique un pansement humide ; les croûtes tombent, la lésion montre que sa forme est plutôt polycyclique et fait penser qu'il s'agit peut-être de spécificité.

Adénopathie inguinale droite.

21 Juin. — On institue le traitement anti-syphilitique par les piqures de benzoate de mercure et l'ingestion d'iodure de potassium.

7 *Juillet*. — Le traitement suivi n'ayant provoqué aucune amélioration, il est supprimé.

Le malade est envoyé à M. Broca qui, le jour même, fait une application de rayons X.

25 *Août*. — Nouvelle application de rayons X. Le malade quitte l'hôpital, pour y revenir le 28 mai 1912.

On constate alors que la tuberculose verruqueuse du pied droit est complètement guérie, mais un examen attentif montre que sur le pied gauche la lésion de tuberculose verruqueuse s'est transformée en lupus tuberculeux ; on fait de nouvelles séances de radiothérapie. Quelque temps après, le bord interne du pied gauche présente une ulcération à bords cycliques épaissis, infiltrés et couleur livide, cette infiltration est consécutive à l'application des rayons X et cependant la lésion irradiée avait reçu moitié moins de rayons que celle du pied droit.

La douleur est très vive, elle cause de l'insomnie ; la marche n'est possible que sur la pointe du pied. On fait des pansements humides au sérum physiologique.

L'ulcération n'ayant aucune tendance à la cicatrisation, MM. Gougerot et Vignat se décident à pratiquer un grattage suivi d'une douche d'air chaud à 75°.

Dès le soir de l'intervention les douleurs très vives que ressentait le malade ont disparu ; le sommeil est enfin possible.

Les jours suivants : amélioration persistante.

La cicatrisation se fait, la croûte qui la recouvre est enlevée vers la fin de novembre 1912, on trouve une cicatrice très belle, souple, non adhérente aux plans profonds.

Le 14 décembre 1912, le malade sort guéri.

Quel contraste entre la bénignité habituelle des tuberculoses verruqueuses, leur curabilité facile et rapide par la thermocautérisation ou la radiothérapie et la lenteur de guérison, la difficulté de

traitement des lupus qui peuvent succéder à ces tuberculoses ver-
ruqueuses !

OBSERVATION V (inédite)

Due à l'obligeance de M. le Docteur Darier

Médecin de l'hôpital Saint-Louis.

La malade S..., 66 ans, brocheuse, entre le 24 mai 1908 à l'hôpital Broca, salle Vidal, lit numéro 8, pour une lésion de la peau qu'elle présente à la face dorsale de la main droite.

A. H. — Rien d'intéressant : tous les parents, père, mère, mari, fils, frère et sœurs, morts sans qu'on puisse savoir de quoi.

A. P. — Toujours faible, anémique, mais rarement atteinte de maladie aiguë jusqu'en 1882 où elle aurait présenté de l'ictère.

Depuis une dizaine d'années la malade s'affaiblit beaucoup, transpire la nuit, et tous les hivers elle est reprise d'une bronchite rebelle.

En 1901 elle a été amputée du gros orteil du pied gauche, très vraisemblablement pour une ostéite bacillaire ; la même affection reparut l'année suivante dans le premier métatarsien, on fit une nouvelle intervention mais qui ne semble pas avoir arrêté les progrès du mal.

En 1905, des lésions du même ordre apparurent au niveau du cinquième doigt à la main droite ; peu à peu les lésions ont gagné la peau, l'évolution se faisant avec une extrême lenteur.

Examen du 25 mai : La malade présente au membre supérieur du côté droit : sur le rebord dorsal du métacarpe, au niveau des 3^e et 4^e métacarpiens et surtout sur leur moitié digitale, empiétant sur la face dorsale des 4^e et 5^e doigts, une lésion de la grandeur d'une pièce de cinq francs à contours assez nets, vaguement poly-cycliques, couvertes de croûtes creusées de sillons ; cette plaque

verruqueuse fissurée est sur un fond érythémateux violacé dépassant légèrement ses bords en se diffusant.

Cette lésion intéresse toutes les couches de la peau ; elle est infiltrée, se plisse difficilement mais est mobile sur l'aponévrose et les os.

Quant au membre inférieur il présente des varices et des cicatrices brunâtre d'eczéma variqueux ; de plus sur la face dorsale du pied gauche au lieu et place de la saillie du 1^{er} métatarsien ; une lésion croûteuse allongée d'avant en arrière selon l'axe du pied, longue de six centimètres environ, large de trois, Cette plaque correspond à la cicatrice d'une intervention chirurgicale, elle comprend toutes les couches de la peau ; nettement surélevée ne se laisse pas plisser, elle présente des caractères analogues à celle de la main.

Au dessus du 2^e métatarsien existe une lésion érythémateuse avec ulcération répondant sans doute à une lésion très profonde.

En présence des lésions que présente la malade et de ses commémoratifs, on ausculte les poumons ; on ne constate pas de lésions bacillaires avancées ; cependant à droite et en arrière le sommet respire moins bien, il y a retentissement de la voix et de la toux.

L'examen des organes abdominaux est négatif.

Traitement : Pansements avec la pommade

Créosote	10 grammes
Acide pyrogallique. . . .	5 »
Acide salicylique.	3 »
Résorcine	1 »
Vaseline.	80 »

29 Mai. Membre supérieur : La lésion verruqueuse est désincrustée au centre, en pressant, on fait encore sourdre du pus, à l'auriculaire on note deux petites ulcérations, la phalangine est tuméfiée. Au membre inférieur la surface verruqueuse ne mesure plus que 2 centimètres au centre de la cicatrice.

7 Juin. La lésion de la main, traitée depuis le 1^{er} juin par la méthode de BIER (1) (15 minutes deux fois par jour) présente une amélioration manifeste ; la teinte livide tend à passer au brun ; on note encore l'existence de petits abcès.

Au pied amélioration sensible bien que la méthode de BIER n'ait pas été employée ; il reste une petite ulcération de six millimètres sur cinq. On augmente chaque jour la durée de l'application de la bande sur le bras de telle sorte que le 24 juin elle reste en place pendant quatre heures.

24 Juin. La lésion transformée se présente aujourd'hui avec une surface légèrement bourgeonnante, à peine verruqueuse ; sa couleur est violet clair ; on note la présence de squames lenticulaires ; la consistance est molle comme dans le lupus vulgaire : par pression on fait encore sourdre du pus, on prescrit le traitement par la radiothérapie, à la dose de quatre unités H toutes les trois semaines. La malade quitte l'hôpital ; mais en raison des vacances le traitement radiothérapique a été très incomplètement suivi ; deux ou trois séances en tout.

Le 5 Novembre la malade se présente à la consultation et est admise de nouveau. Actuellement on constate au niveau des lésions de la main droite :

1° Un placard violacé légèrement surélevé, de la largeur d'une pièce de deux francs s'étendant au niveau de la face dorsale de l'articulation métacarpo-phalangienne du IV^e doigt ; lésion verruqueuse, légèrement bourgeonnante et squameuse avec quelques petits abcès miliaires disséminés.

(1) La méthode de BIER a été préconisée par MILLER 1894, pour la tuberculose verruqueuse de la main et surtout des doigts. Cet auteur se base sur les théories de ROKITANSKY, LAËNNEC, NIEMEYER, FAGUE, que toute cyanose est incompatible avec la tuberculose.

2° Contigüe à cette lésion une autre lésion absolument plane de la dimension d'une pièce de 1 franc présentant de petites taches couleur sucre d'orge sur fond opalin et présentant absolument l'aspect d'un lupus vulgaire plan.

12 Novembre. Une biopsie a été pratiquée en vue de rechercher si les lésions histologiques sont celles de la tuberculose verruqueuse ou celles du lupus

Comme on pouvait s'y attendre, les coupes examinées par M. DARIER, présentent à l'état typique les lésions du lupus vulgaire plan : épiderme distendu et aminci ; tubercules lupiques congglomérés dans le derme ; pas d'état verruqueux, pas de petits abcès. Sur plusieurs coupes examinées à ce point de vue on ne découvre pas de bacilles de Koch.

On prescrit de nouvelles applications de la méthode de BIER d'abord un quart d'heure puis une demi-heure en augmentant chaque jour jusqu'au 22 novembre, date à laquelle la malade, très améliorée, quitte le service.

16 Mars 1909. La malade rentre à la Salle Vidal ; à l'examen on constate que la lésion du lupus plan ne s'est pas modifiée ; quant au placard verruqueux il reste à l'état de tuberculose verruqueuse franche mais il est très squameux et présente une intense zone de congestion douloureuse. On fait une nouvelle application de la bande qu'on laisse en place pendant trois à quatre heures ; ensuite pansements humides puis emplâtre de Vidal

Peu après la malade quitte l'hôpital non guérie et n'a pas été revue.

II. — LUPUS TRANSFORMÉ EN TUBERCULOSE VERRUQUEUSE

OBSERVATION VI

Due à M^r le Professeur agrégé Gougerot

D... Edouard, 23 ans, entre dans le service le 25 mars 1907 pour un lupus tuberculeux du nez apparu il y a 1 an 1/2.

Pas d'antécédents familiaux, ni collatéraux.

Il y a trois ans, a eu une bronchite qui fut accompagnée de trois ou quatre hémoptysies, cette bronchite a guéri au bout de trois semaines, mais le malade a continué à présenter tous les matins une petite toux sèche accompagnée d'une abondante expectoration.

Actuellement lupus ulcéro croûteux de la narine droite ayant en partie détruit l'aile du nez de ce côté et s'étendant en une large plaque érythémato-squameuse sur toute la surface du nez.

Sur la voûte palatine, large plaque formée de tubercules conglomérés, ogivale, symétrique de chaque côté de la ligne médiane, parsemée de points jaunes.

Autres placards semblables sur le voile du palais, plus petits au nombre de 3 ou 4.

Il s'agit du lupus le plus caractéristique avec ses nodules lupiques orangés, mous, demi-transparentes. Le lupus cutané a été, suivant la règle, précédé de tuberculose endonasale, et la tuberculose endonasale a envahie la voûte palatine, le voile du palais.

La radiothérapie du lupus cutané, la galvano-cautérisation du lupus des muqueuses, amènent une guérison presque complète en deux ans ; il ne reste plus en août 1909 que quelques tubercules de l'aile gauche du nez et des placards végétants sur le voile du palais.

Mais la guérison était incomplète, le lupus suivant la règle

récidive, s'étend à nouveau ; la lésion tuberculeuse regagne peu à peu la surface extérieure du nez. On le traite par le Finsen qui amène une amélioration notable en 1910. Le malade cesse encore trop tôt le traitement, et en février 1912, au moment des froids, ce qui est fréquent, une récidive survient : tout le nez est rouge, infiltré de nodules tuberculeux typiques, plans non ulcéreux.

L'application de la méthode de Finsen amène encore une guérison presque complète, mais il persiste de petits nodules sur la aile gauche du nez, petits nodules mous que l'on ne parvient pas à détruire ; quand ceux-ci disparaissent, d'autres apparaissent à quelques millimètres de là ; il s'agit, en effet, de fusées lupiques entretenues par la tuberculose endonasale sous-jacente ; quand une fuite d'eau s'est produite sous un plancher, on a beau boucher les trous, la fuite persistant, un trou nouveau se reforme à côté et suinte. On ne tarit les fuites qu'en réparant la conduite d'eau ; il en est de même de ces grains lupiques qui perforent les parties molles du nez en venant de la muqueuse, et affleurent la peau ; on ne les guérit qu'en détruisant leur point de départ, le foyer endonasal sous-jacent.

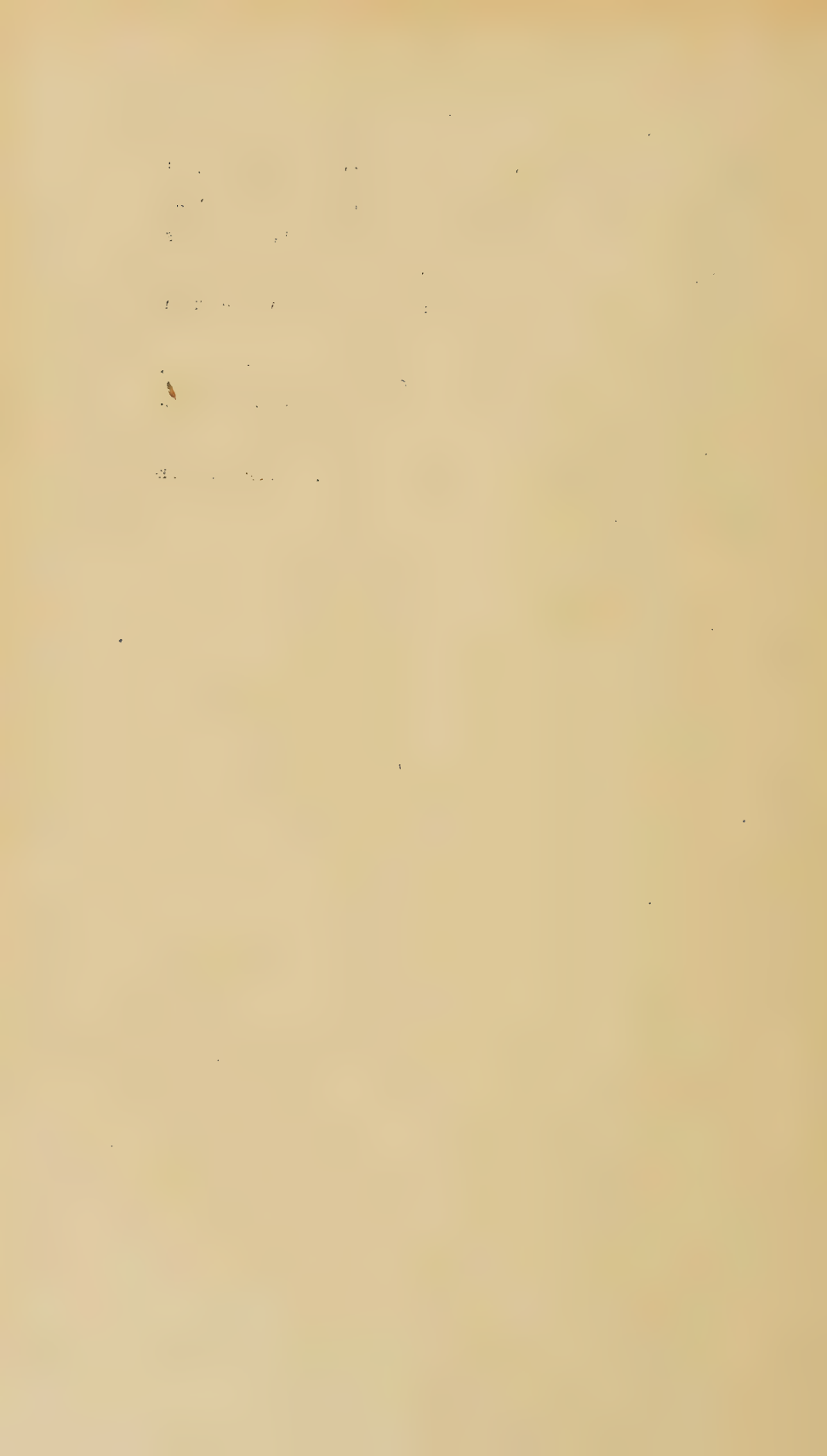
Jusqu'à présent, cette observation est assez banale, car toutes ces particularités sont la règle dans l'évolution des lupus ; mais un fait tout à fait exceptionnel se produit en janvier 1913 ; le bord de la narine gauche qui jusque-là était parsemé de grains lupiques vulgaires, s'épaissit devient villeux, verruqueux, si bien qu'en mars, 1913, tout le rebord narinaire est devenu une tuberculose verruqueuse villeuse, papillomateuse, sèche, cornée, saillante, caractéristique (1) ; la lésion ovale suit le bord de la narine, re-

(1) Cette observation prouve qu'ils ne s'agissait pas au début de lupus scléreux de Vidal, forme de lupus proche de la tuberculeuse verruqueuse à laquelle le relie d'insensibles transitions,

monte sur la face externe du nez sur une largeur de 5 à 8 mm., et envahit la face interne de la narine sur une largeur de 4 à 5 mm., les bords en sont nettement arrêtés. Les autres points sont restés lupiques.

Il y a, en un mot, transformation d'un lupus tuberculeux en tuberculose verruqueuse typique.

Cette tuberculose verruqueuse a été traitée par la radiothérapie qui a amené une guérison rapide : la transformation est donc heureuse pour le traitement, au contraire de la transformation inverse d'une tuberculose verruqueuse en lupus beaucoup plus difficile à guérir.



CHAPITRE V

Les auteurs classiques, les dermatologistes ont signalé la transformation possible de la tuberculose verruqueuse en lupus et réciproquement ; les observations que nous présentons en fournissent une preuve indiscutable, les caractères macroscopiques de chaque forme sont assez différents pour que le moindre doute soit possible, mais si une autre preuve était nécessaire nous la trouverions dans ce fait qu'un maître en histologie ; M. DARIER a montré par un examen microscopique d'une coupe biopsique que la lésion était absolument typique (Obs. V).

Donc ces transformations existent mais quelles en sont les causes :

Dans la transformation de la tuberculose verruqueuse en lupus, on peut admettre que le traitement a laissé subsister des particules de tissu tuberculeux dans le derme ; lorsque la cicatrisation s'achève, ces résidus tuberculeux prolifèrent et donnent des grains lupiques sous-épidermiques. Mais pourquoi la repullulation se fait-elle sous forme de fongosités (car le grain lupique n'est qu'une fongosité) au lieu de se faire suivant la forme verruqueuse ?

Dans la transformation du lupus en tuberculose verruqueuse, nous voyons au contraire une atténuation du lupus, mais pourquoi la tuberculose verruqueuse est-elle si exceptionnelle sur le lupus ?

« L'étude des tuberculoses atypiques dit M. GOUGEROT, permet de rapprocher encore plus la tuberculose de la syphilis qui provoque les lésions les plus diverses cliniquement et anatomiquement ; cette diversité n'étonne pas dans la syphilis, pourquoi surprend-elle dans la tuberculose ? »

Certes il n'y a pas lieu d'être plus surpris des variétés de tuberculose atypique que des différents types de tuberculose cutanée, mais le problème reste entier, la solution n'est pas posée pour cela, malgré la loi indiquée par M. le Professeur ROGER dans son « Introduction à l'étude de la médecine » : Un même microbe peut produire des manifestations cliniques absolument dissemblables.

Les auteurs se sont tous efforcés de trouver une explication à ces phénomènes de transformation.

LELOIR invoque des raisons multiples lorsqu'il dit que : la peau constitue de tous les organes du corps humain celui qui offre le terrain le moins favorable à la fixation et à la multiplication du bacille tuberculeux par suite de raisons *anatomiques, thermiques* et enfin de *mobilité*.

Et il ajoute : « Le mode et le siège de l'inoculation, le dépôt du virus dans *des régions plus ou moins vasculaires*, la plus ou moins grande *virulence* de l'agent inoculé, la différence de *réaction du sujet*, expliqueraient la diversité des phénomènes observés. »

D'aucuns, écrit Mouton ont voulu rapporter les variétés

cliniques et histologiques différentes à des races ou espèces différentes du bacille de Koch « Pour nous, d'après les idées de notre maître M. le Professeur ARLOING, le bacille de la tuberculose est unique ; nous n'en pouvons admettre que des variations qualitatives ou quantitatives. »

Si on rejette cette dernière théorie on peut se demander si la toxine tuberculeuse n'interviendrait pas. AUCLAIR dans ses études expérimentales sur le poison du bacille de Koch a isolé deux toxines, l'éthéro-bacilline favorisant le processus de nécrose, la chloroformo-bacilline provoquant l'évolution fibreuse.

Celle-ci serait-elle prédominante dans la forme de tuberculose verruqueuse ? Nous l'ignorons, et, quand même, il resterait à expliquer la cause de cette prédominance et surtout pourquoi elle peut disparaître pour céder la place à l'éthéro-bacilline, ou inversement lorsqu'un lupus tuberculeux se transforme en tuberculose verruqueuse.

En somme rien dans le principe inoculé ou dans son mode d'inoculation ne nous permet jusqu'ici de trouver la cause de la transformation des deux formes de tuberculose cutanée que nous avons envisagées ; peut-être faut-il chercher du côté du sujet seulement, du côté du terrain.

Sur ce point tous les auteurs sont d'accord nous semble-t-il pour lui accorder une certaine importance, BROCCO, ANGIBAUD, PÉRÉ, MOUTOT, LENGLET par exemple sont d'avis que le rôle du terrain doit être pris en grande considération.

M. le Professeur GAUCHER dit excellemment que la question de terrain est très importante, car tous les organismes ne sont pas égaux devant le bacille.

Quand on parle de terrain on envisage croyons nous l'organisme dans sa totalité avec l'ensemble des réactions qui lui sont propres mais ne faudrait-il pas, avec autant, sinon plus de raison, envisager les modifications locales du terrain ; c'est en partie ce que nous trouvons exprimé par HALLOPEAU : « c'est sans doute en modifiant passagèrement la constitution du derme et en le rendant ainsi impropre à la culture du bacille de la tuberculose, qu'agissent les érysipèles, plutôt qu'en exerçant une action directe par le streptocoque, on peut expliquer par un mécanisme analogue les résultats des scarifications et aussi ceux de la méthode sclérogène de LANNELONGUE. »

Pour nous, ce qui intervient avant tout c'est l'état général, qui conditionne au point inoculé un état local tel qu'on observera l'une ou l'autre forme de tuberculose.

Mais il ne s'agit que d'hypothèse, nous n'apportons aucune preuve et il nous faut répéter aujourd'hui ce que DU CASTEL disait en 1892 : « Nul de nous ne connaît au juste ce qui constitue la résistance du terrain, ce qui la crée, et, malheureusement, nul thérapeute, nul physiologiste, n'ont su nous apprendre encore les moyens certains de la produire. »

En résumé rien jusqu'ici ne nous explique pourquoi une même cause, l'inoculation du bacille de Koch dans des conditions apparentes identiques donne lieu à l'un ou l'autre type, et, surtout, pourquoi une forme peut se transformer in-situ en une autre ; la tendance à l'évolution de tuberculose verruqueuse en lupus tuberculeux paraissant la plus fréquente.

CHAPITRE VI

TRAITEMENT

« Dans la pratique on n'est pas jugé d'après le talent qu'on met à déterminer la nature du mal » dit M. le Professeur ROGER(1). Ce qui importe au malade ce n'est pas le diagnostic qu'il ne peut vérifier, mais la guérison qu'il constate ; guérir le malade, tout est là, cet intérêt prime tous les autres, nous devons tout mettre en œuvre pour obtenir ce résultat, ce doit être notre préoccupation constante ; alors seulement nous aurons le droit d'en éprouver quelque satisfaction.

Est-il facile de guérir le lupus ? il faut avouer que ce traitement est une des choses les plus difficiles de la dermatologie ; le trop grand nombre de préparations préconisées n'est-il pas la meilleure preuve de l'inconstance des résultats et de leur inefficacité. C'est que chaque malade apporte son individualité quant au traitement ; tel

(1) Introduction à l'étude de la médecine. G. H. ROGER. Paris 1909. — p. 13.

qui aura résisté au traitement qui paraissait le plus indiqué répondra vivement à un autre moins opportun à première vue ; dans chaque cas particulier, l'efficacité, l'indication du traitement peut varier aux différentes périodes de la maladie, tel lupus qui avait paru répondre vivement à un traitement ne rendra plus rien sous son influence à un moment donné, il pourra même devenir nocif (ce qui est fréquent avec la radiothérapie imprudemment employée, si la peau a déjà été irradiée) et c'est avec succès qu'on changera la médication, quelques unes de nos observations le démontrent nettement.

Le lupus de même que la tuberculose verruqueuse peut guérir spontanément, mais notre devoir n'est pas d'attendre cette éventualité parce que le malade est toujours sous le coup d'une complication qui peut être des plus graves ; nous devons agir le plus tôt possible et agir énergiquement.

Qu'il s'agisse de l'une ou de l'autre forme, le traitement doit être local avant tout, mais il ne faut pas négliger de parti pris le traitement général, les vieux auteurs français n'avaient pas tort de modifier le terrain par une médication interne, la constatation de la nature bacillaire des lésions a en effet prouvé que le malade était un tuberculeux ou un candidat à la tuberculose ; M. Brocq dit expressément que tout en reconnaissant que le traitement externe est de beaucoup le plus important puisqu'il s'agit d'une affection locale, résultat de l'inoculation directe d'un parasite, il croit à la nécessité de modifier le terrain sur lequel évolue l'agent infectieux ; pour lui *l'huile de foie de morue administrée à très hautes doses, est le médicament interne par excellence du lupus.*

En outre le traitement général doit être le même que celui de la tuberculose viscérale, il est trop connu pour que nous insistions.

Il n'est pas inutile d'utiliser des *eaux minérales* pouvant imprimer à l'organisme des modifications telles qu'elles facilitent beaucoup la guérison ; les plus efficaces sont celles de La Bourboule (fortement arsenicales) ; Cauterets, Barèges, Luchon (sulfureuses fortes) ; Uriage, Saint-Gervais (sulfureuses et chlorurées sodiques).

Challes (bromo iodurées).

Salies de Béarn, Salins en Jura, Balaruc (chlorurées sodiques).

Reste le *traitement local*, le principal répétons-le ; il comporte deux séries de méthodes : sanglantes et non sanglantes. On a reproché aux méthodes sanglantes de favoriser les réinoculations locales du loup et surtout de produire l'auto-infection des opérés ; pour Brocq l'objection n'est pas fondée à la condition toutefois qu'il ne s'agisse pas de variété de tuberculose cutanée s'accompagnant d'infection ganglionnaire ou viscérale marquée ; dans ces conditions il est préférable d'employer avant tout la photothérapie.

Ces *méthodes sanglantes* comportent les *scarifications linéaires quadrillées* dont l'avantage est que le résultat est superbe comme cicatrice ; les téguments sont lisses, souples, sans dépressions ni saillies chéloïdiennes.

Le *raclage* à la curette tranchante, soit seul, soit combiné avec l'emploi des caustiques (chlorure de zinc, nitrate d'argent) ou de l'air chaud, réussit surtout dans la tuberculose verruqueuse.

L'*ablation* est de beaucoup la méthode de choix toutes les fois qu'elle est possible.

Quant aux *méthodes non sanglantes*, elles relèvent des applications de la physique et de la chimie à la thérapeutique, c'est dire que leur nombre est grand et a varié avec l'étendue de nos connaissances, depuis l'usage du fer rouge jusqu'à celui de la radiumthérapie. On utilise les *caustiques ignés* (thermo ou galvano-cautère) en ayant soin comme le recommande E. BESNIER de ne porter la pièce de platine dont on se sert qu'au rouge blanc pour que l'opération ne devienne pas sanglante et pour que l'on ne soit pas ébloui par le rayonnement du cautère.

Parmi les caustiques chimiques, les plus employés sont le nitrate d'argent, l'acide pyrogallique, l'acide lactique, et surtout le permanganate de potasse, qui en solution aqueuse au dixième, fait merveille surtout dans les formes suintantes ou végétantes de la tuberculose cutanée.

L'*électricité* est mise à contribution sous forme d'*électrolyse, haute fréquence, radiothérapie*.

La *lumière* employée est soit naturelle : héliothérapie, soit artificielle : Photothérapie.

A notre connaissance l'*héliothérapie* n'a encore été que rarement utilisée pour le traitement du lupus et surtout de la tuberculose verruqueuse, ses avantages doivent être les mêmes que ceux de la *méthode de Finsen* c'est à dire indolence des applications, possibilité d'atteindre par ce procédé bien appliqué les nodules profonds, efficacité réelle dans la grande majorité des cas et enfin beauté des cicatrices.

L'inconvénient de ce traitement c'est sa très longue durée ; il est coûteux, demande une installation spéciale et enfin

pas plus que les autres procédés il ne met à l'abri des récidives.

L'héliothérapie serait d'une utilisation autrement facile, mais nous croyons qu'il faut surtout l'envisager au point de vue du traitement général.

D'ailleurs son mode d'action est bien mal connu ; en effet, le pouvoir bactéricide de la lumière solaire est dû aux rayons ultra-violets, c'est-à-dire aux rayons de petite longueur d'onde, non calorifiques, mais à action chimique.

Cette lumière n'étant pas très riche en rayon ultra-violets (l'atmosphère en absorbe une très grande partie) on s'est adressé aux sources artificielles de production de ces rayons : lampe à arc voltaïque et mieux encore lampe en quartz à vapeur de mercure. Or, quelle que soit la source d'où ils proviennent, si certains auteurs et notamment FINSEN, attribuent les résultats obtenus à la pénétration de ces rayons qui possèdent une action bactéricide très nette, d'autres qui ont expérimenté dans des conditions autrement faciles à réaliser et à vérifier scientifiquement, ont constaté que la stérilisation de l'eau polluée, l'action sur les toxines n'est possible que sous certaines réserves.

Nous avons démontré avec Th. NOGIER dit le docteur COURMONT (1) que les liquides riches en substances colloïdes, absorbent très vite les rayons ultra-violets. C'est

(1) COURMONT (J). Stérilisation des eaux par les rayons ultra-violets. *Revue générale des Sciences* n° du 30 avril 1911.

J. COURMONT et Th. NOGIER. Sur la faible pénétration des rayons ultra-violets à travers les liquides contenant des substances colloïdes. *Ac. des Sciences*. 2 août 1909

ainsi que la bière la plus limpide, le vin blanc le plus clair, une solution peptonée aussi claire que de l'eau ne sont pas stérilisées, l'eau elle-même doit-être limpide.

En pratique, lorsqu'on intervient sur les tissus, ceux-ci sont rendus exsangues à l'aide de compresseurs en quartz, mais quand bien même, l'action des rayons ultra-violets doit-être singulièrement amoindrie. Est-elle annulée, alors à quoi sont dues les guérisons observées, qu'il s'agisse de méthode de FINSSEN et surtout d'héliothérapie ?

Quant à la *radiumthérapie*, c'est l'analogie des rayons émis par le radium avec les rayons de BECQUEREL et de RONTGEN, qui a donné l'idée à DANLOS d'utiliser la radioactivité du radium dans le traitement du lupus ; mais le radium ne paraît pas avoir sur la peau une action aussi rapide que les rayons X ; en tout cas ce mode de traitement n'est pas très répandu.

Dans les observations III et IV nous trouvons l'indication d'un traitement dont il n'a pas encore été question : la *douche d'air chaud à haute température*.

Cette thérapeutique est de date récente, elle donne d'excellents résultats comme le prouvent nos deux observations et nous croyons devoir insister sur son application.

M. le Dr VIGNAT (1) nous a communiqué ses documents personnels, nous lui en exprimons ici tous nos remerciements. C'est d'après ces documents que nous décrirons l'instrumentation pratique et la technique de l'auteur.

(1) La douche d'air chaud en thérapeutique, M. VIGNAT, *Presse Médicale*, n. 96, 2 décembre 1911.

« L'appareil se compose de deux parties : une source d'air et un générateur de chaleur. Dans l'appareil portatif électrique, la source d'air est représentée par une pompe rotative qu'actionne une petite dynamo. Un rhéostat permet de donner à la pompe une vitesse plus ou moins grande.

Le générateur de chaleur est un tube renfermant une tige de terre réfractaire autour de laquelle est enroulé un fil de platine offrant au courant une résistance électrique. Un rhéostat fait varier l'intensité du courant et avec lui la température de l'air qui en est fonction, on peut porter la résistance au rouge blanc ; la colonne de terre réfractaire rougit à son tour et l'air fourni par la pompe chemine dans l'interstice compris entre la colonne et les parois du tube ; l'air s'y chauffe, peut atteindre à l'intérieur 1000°, et sort du tube à la température de 700 à 800°.

Le courant d'air peut sortir des embouts interchangeables de toutes formes appropriées à l'usage, soit d'une manière continue, soit par intermittence, en appuyant sur le bouton presseur placé à la portée du pouce.

Pour la stérilisation ou carbonisation, on utilise un embout droit, on projette de l'air à 700-800° sous une pression de 290 à 300 grammes, on dévisse la bague située au dessous du bouton presseur, jusqu'à ce que l'air cesse de sortir par l'embout, ainsi disposé le jet est commandé par la pression du doigt sur le bouton.

L'appareil étant en main, on l'approche de la surface à brûler de façon que l'embout soit perpendiculaire au champ opératoire et son extrémité à 1 ou 2 millimètres.

La pression du doigt s'exerce alors sur le bouton, et à

chaque pression correspond une carbonisation d'un point parfaitement limité.

On répétera cette opération autant que cela est nécessaire. En procédant ainsi, on agit d'une façon tout à fait précise et limitée.

Dans les cas de lupus, après lavage de la lésion, on commencera par curetter la région, ou mieux, après une première cautérisation qui aura pour but de fermer les vaisseaux, on curettera la lésion tuberculeuse, celle-ci se laisse enlever avec la plus grande facilité et lorsqu'on tombe sur des tissus sains, on sent sous la curette une résistance particulière, on perçoit un cri analogue à celui que le gynécologue entend dans le curettage utérin. Il est temps de s'arrêter ; on cautérisera soigneusement à l'air chaud tous les points cruentés, en ayant soin de dépasser un peu les bords de la lésion macroscopique, ces bords étant toujours suspects.

On s'arrêtera lorsqu'une zone blanche de 5 à 6 millimètres située en tissu d'apparence sain, bordera la plaie curettée et cautérisée, on terminera par un pansement humide aseptique. »

Notons que pour l'application il est indispensable ainsi que M. RAVAUT l'a conseillé, d'obtenir une immobilité parfaite du malade ; le mieux est d'endormir au chloroforme ou au bromure d'éthyle si l'intervention doit être de courte durée.

Par opposition à cette dernière méthode, si l'on peut dire, on a essayé la *cryothérapie* avec l'acide carbonique solide entre autres produits ; les résultats ont été médiocres dans le lupus ; peut-être seraient-ils meilleurs si cette

thérapeutique était instituée aussitôt après une thermothérapie modérée, l'écart entre les deux températures étant suffisant pour modifier le milieu où vivent les parasites et pour détruire ces derniers après quelques applications renouvelées à des intervalles déterminés assez courts (1).

« Dès qu'une thérapeutique se base sur une série logique de faits, d'expériences et de considérations, son emploi en devient singulièrement facile et ses indications se précisent » écrit-excellemment le Dr G. ROSENTHAL (2).

Cette conception nous amène à dire quelques mots de la chimiothérapie (3) d'autant plus que différents auteurs ont expérimenté sur le lupus, STRAUSS par exemple traite le lupus chez l'homme avec des pommades exemptes de graisses et renfermant des composés organiques (lécithine) ou inorganiques de cuivre avec ou sans adjonction de bleu de méthylène (solution aqueuse concentrée).

BRUCK et GLUCK ont au contraire évité l'application locale et ont employé par la voie sanguine une solution au centième de cyanure double de potassium et d'or diluée dans des proportions déterminées avec une solution physiologique de sérum fraîchement préparée et stérilisée.

(1) Cette nouvelle forme de tyndallisation rapide, oscillante, avec une phase négative, serait susceptible croyons-nous de maintes applications thérapeutiques et industrielles.

(2) G. ROSENTHAL. — *Archives générales de médecine*, avril 1913 n. 337.

(3) N. FIESSINGER. — Les nouveaux essais de traitement de la tuberculose par la chimiothérapie, *Journal des Praticiens*, n° 13, 29 mars 1913, p. 204.

Ce traitement agit, cicatrice les lésions, mais comme le fait remarquer le Dr N. FRIESSINGER ; il ne faut pas en être surpris, il s'agit de lupus, par conséquent de tuberculose curable par d'autres procédés.

Toutefois le principe subsiste et pour nous la chimiothérapie est la thérapeutique de l'avenir, nous en avons la conviction ; elle doit réussir dans l'intoxication aussi bien que dans l'infection qui n'est qu'une intoxication organisée.

Il s'agit moins de fantaisie que d'observation patiente, systématique et raisonnée, d'analyses et de synthèses aussi délicates que multiples.

C'est un travail long et pénible sans doute : il faut trouver d'abord les médicaments qui semblent donner les meilleurs résultats expérimentaux chez l'animal ou avec les bouillons de culture, il est nécessaire ensuite de les modifier pour accroître au maximum leurs propriétés parasitotropes tandis que leur pouvoir offensif contre l'organisme devient pour ainsi dire nul.

Si la tâche est ardue, elle n'est pas impossible ; les résultats à obtenir suffisent à la justifier.

Logiquement, nous dirions presque fatalement, on trouvera la médication efficace, spécifique, étiologique des maladies causées par les parasites quels qu'ils soient.

En réalité tout ce qui se passe dans l'organisme sain comme dans l'organisme malade n'est que réactions chimiques souvent très complexes ; des réactions continuelles se produisent que nous commençons à peine à connaître par les recherches histo-chimiques, et même les phénomènes observés n'ont-ils pas été faussés bien souvent par

le simple fait qu'une réaction se produisant dans l'intimité des tissus doit être différente de celle qui a lieu dans d'autres conditions de température, sous l'effet d'un éclairage artificiel puissant pour ne citer que ces simples modifications.

Entre un médicament organique ou inorganique et un sérum, la différence n'est pas si grande qu'on peut le croire ; ce dernier n'agit que par les composés plus ou moins définis qu'il renferme.

Cette action se produit directement ou indirectement sur les parasites, sur le milieu dans lequel ils vivent, ou sur tous deux à la fois ; il n'y a pas que la biologie thérapeutique des parasites à étudier, il y a celle de l'organisme lui-même et celle-ci n'est pas la moins difficile ; toute cette étude est à faire, les exemples abondent qui demandent des recherches, nous ne voulons signaler que les deux suivants entre cent relevés dans le *Précis de parasitologie du Docteur E. Brumpt* (Paris 1910).

« L'explication de la périodicité de la microfilaire doit être attribuée à des modifications chimiques de notre organisme durant le sommeil et non pas au sommeil lui-même. Quels sont les phénomènes chimiques qui préparent le sommeil ? », (p. 438.)

« Pour des raisons encore totalement obscures, certains champignons peuvent parasiter les enfants ou les jeunes animaux et non les adultes (certaines teignes), et certains d'entre eux disparaissent même spontanément au moment de la puberté. Il est donc certain qu'avec l'âge, l'organisme acquiert vis-à-vis de ces parasites une immunité naturelle

dont nous avons signalé aussi divers exemples en parasitologie animale », (p. 693).

Nous ne voulons pas insister davantage sur ces considérations, nous nous résumerons en disant que lorsqu'une seule médication ne suffit pas, il est rationnel d'établir une thérapeutique mixte, c'est le cas pour le lupus ; suivant l'heureuse expression de M. le Professeur agrégé GOUGEROT : « *Il ne faut pas opposer les différentes méthodes, il faut les allier* ».

Enfin, qu'il s'agisse de lupus tuberculeux ou de tuberculose verruqueuse, n'oublions pas que la récurrence est fréquente et nous commande de suivre le malade pendant très longtemps avant de parler de guérison.

CONCLUSIONS

I. — La transformation de tuberculose verruqueuse en lupus tuberculeux et inversement, la transformation de lupus en tuberculose verruqueuse est un fait démontré par la clinique et l'histologie.

II. — Ces faits sont rares.

III. — L'évolution la plus fréquente semble celle de la tuberculose verruqueuse en lupus.

IV. — Dans la transformation de la tuberculose verruqueuse en lupus, il est probable qu'il persiste, malgré le traitement, des éléments tuberculeux qui, placés dans des conditions nouvelles, évoluent désormais comme les grains lupiques.

V. — Dans la transformation du lupus tuberculeux en tuberculose verruqueuse, les bacilles deviennent moins virulents et donnent une forme atténuée : la tuberculose verruqueuse.

VI. — S'il est permis de conclure que les rapports les plus intimes unissent le lupus vulgaire et la tuberculose verruqueuse, les causes certaines de leur transformation réciproque nous échappent.

VII. — Le lupus représentant une forme plus grave, plus

virulente, moins superficielle de tuberculose que la tuberculose verruqueuse, il en résulte qu'au point de vue pratique :

VIII. — Quand le lupus se transforme en tuberculose verruqueuse, le pronostic s'améliore, le traitement de choix est la radiothérapie qui, rapidement, guérit cette tuberculose verruqueuse.

IX. — Quand la tuberculose verruqueuse, pour une raison quelconque (thérapeutique ou autre) se transforme en lupus, le pronostic s'aggrave : le traitement doit être modifié, la radiothérapie risque de provoquer une radio-dermite (si la peau a déjà été précédemment irradiée), il faut l'abandonner. Si la lésion siège sur les membres ou sur une région non-esthétique (cou, région sous-maxillaire, etc.), on emploiera sans tarder l'aéro-thermocautérisation, sous anesthésie générale, en surveillant la cicatrisation pour prévenir toute chéloïde et pour réprimer toute récive. Si la lésion siège sur la partie la plus visible du visage, (nez), cas qui ne s'est pas produit, à notre connaissance, il faudrait préférer la méthode de Finsen associée aux scarifications et au permanganate de potasse.

Vu : le Président de Thèse,
E. GAUCHER.

Vu : le Doyen,
LANDOUZY.

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
L. LIARD.

BIBLIOGRAPHIE

Abadie (J.) — Tuberculose cutanée verruqueuse, papillome inflammatoire. *Montpellier Médical*, 1908, XXVII 491-500.

— Tuberculose cutanée verruqueuse du dos du pied ; greffes de THIERSCH, guérison ; incontinence nocturne d'urine ; injection épidurale, guérison. *Bulletin et Mémoires Société anat. de Paris*, 1907, LXXXII, 279-282.

Allen. — Case of tuberculosis verrucosa. *N. Y. D. S.*, 25 avril 1899, *J. of C. D.*, octobre 99, p. 466.

Angibaud (H.) — Contribution à l'étude de la tuberculose verruqueuse de la peau. *Thèse Paris*, 1890-91.

Asselbergs. — Forme clinique de lupus papillomateux dû à l'inoculation externe. *Presse médicale Belge*, 8 juin 1902.

Arrivat. — Sur la tuberculose papillomateuse de la peau. *Thèse Montpellier*, 1890-91.

Barranikow. — Recherches expérimentales sur la tuberculose verruqueuse (*texte russe*) *J. R. D.*, 02, n° 10.

Batut (L.) — De la tuberculose verruqueuse non ulcéreuse. *Bull. de la Soc. franç. de Dermat. et de Syphil.* Paris, 1894, p. 451.

Baumann. — Tuberculosis cutis verrucosa. *Verhandlungen der Brestauer dermatologischen Vereinigung*, 17 oct. 08, A. f. D., février 09.

Beck (S.) — Fall von tuberculosis cutis disseminata. *Pest. méd.-chir. Presse*, Budapest 1908, XLIX, 68.

Béclère. — De la fréquence de la tuberculose verruqueuse du dos de la main droite au cours de la tuberculose pulmonaire. *Société médicale des Hôpitaux de Paris*, 25 mars 1898.

Berger (V. M.) — Verrucous tuberculosis of the skin. *Russk J. Kozhn i Ven, Bolfezn Karkow*, 1905, X, 446-449.

Besnier. — Tuberculose verruqueuse de la peau. *Annales de Dermatologie et Syphiligraphie*, Paris, 1889.

Blumenfeld (A.) — Rare forms of cutaneous tuberculides. *Przegl, chorob Skór i wen*, Warszawa, 1907, II, 341-347.

Bonnet (L. M.) — Tuberculose verruqueuse. *Soc. de médecine de Lyon*, 5 décembre 1910.

— Tuberculose verruqueuse. *Lyon Médical*, 1911, CXVI, 142.

Brissaud et Gilbert. — Tuberculose papillomato-crustacée. *Soc. méd. Hôpit. Paris, 1887 (page 311) et 1889 (p. 40-43).*

Brousse et Ardin Delteil. — Tuberculose cutanée à manifestations multiples et variées. *Congrès français de médecine, Montpellier, avril 1898.*

Chatelain (E.) — Précis iconographique des maladies de la peau. *Paris, 1893.*

Chotzen. — Tuberculose verruqueuse de la peau. *Breslauer Dermatologische Vereinigung, 16 juin 1900. Annales de Dermat. et Syphil., Paris, 1901, Tome II, 798.*

Cognac. — Lupus tuberculeux verruqueux. *Journal de médecine de Bordeaux, 21 février 1892, p. 96.*

Comby (J.) — Tuberculose cutanée verruqueuse chez les enfants. *Archives de médecine des enfants, décembre 1898, p. 705.*

Cronier (L.) — De l'inoculation secondaire de la peau consécutive à des foyers tuberculeux sous-cutanés ou profonds. *Thèse Paris, 1888-89.*

Dade. — Tuberculosis verrucosa cutis. *N. Y. Académie of Dermatology—fév 09; J of C. D., août 09, p. 357.*

Danlos et Lévy-Frankel. — Forme géante de tuberculose cutanée végétante. *Bull. Soc. franç. de Dermat. et Syphil., Paris, 1908, XIX, 182-186.*

Darier (J.) — Précis de Dermatologie. *Paris, 1909. Masson édit.*

- La tuberculose verruqueuse de la peau. *Journal des Praticiens*, 15 août 1903, p. 518.
- Delbet (P.)** — Tuberculose verruqueuse. *Clinique, Paris*, 1911, VI 533.
- Dittrich.** — Verrucous tuberculosis and Tuberculous ulcération of the mucous membrane of the hard palate. *Manhattan Dermatological Society*, 4 déc 08, *J. of C. D.* août 09, p. 369.
- Dohi.** — Démonstration von Lupus vulgaris und Tuberculosis verrucosa cutis. *Dermato-Urologische gesellschaft in Tokio*, 4 juin 1910. *Japanische zeitschrift für Dermatologie und Urologie*. oct. 1910, p. 802.
- Doutrelepont.** — Lupus et Tuberculose cutanée. *Deutsche méd. Woch.* n° 43, p. 935, 1887. *Archives générales de médecine, Paris*, 1888, VII^e série, Tome 20, p. 236-237.
- Dubreuilh (W.)** — Précis de Dermatologie. *Paris*, 1909. Doin édit.
- Du Castel.** — Les tuberculoses cutanées. *Paris*, 1892. Rueff édit.
- Durand et Dufourt.** — Tuberculose verruqueuse du cou de pied. *Société des Sciences médicales de Lyon*, 24 mars 1909. *Lyon Médical*, 26 septembre 1909, p. 516.
- Ehrlich (Paul) et S. Hata.** — La chimiothérapie expérimentale des Spirilloles. *Edition française par le Dr Emery, Paris* 1911.

Ehrmann. — Tuberculosis verrucosa cutis. *W. D. G.*,
27 mai 03. *A. f. D.*, nov. 03, t. 67, p. 292.

Ernst (P.) — Ueber Hauttuberkulose nach Tatowierung
mit einem neuen Fall Tuberculosis verrucosa cutis.
Dermat. centralb. Leipz., 1907, XI, 66-73.

Etienne (G.) — Etude clinique, anatomo-pathologique et
pathogénique sur la tuberculose cutanée verru-
queuse. *Revue médicale de l'Est*, 1^{er} mai 1894,
p. 269.

— Sur un mode d'inoculation de tuberculose verru-
queuse de la peau. *Rev. méd. de l'Est, Nancy*, 1909,
XLI, 389-392.

Fabry (J.) — Tuberculose verruqueuse chez les ouvriers
qui travaillent dans les mines de houille. *Archives
für Dermat. u Syph.*, 1900. *Annales de Dermat.
et Syph.*, Paris, 1901, tome II, p. 109.

Faivre. — Tuberculose cutanée. *Poitou Médical. Poi-
tiers* 1906, XX, 33-36.

Finsen. — Cas de lupus verruqueux. *Soc. danoise de
Dermat.*, 7 mars 1900.

Fordyce. — Tuberculosis verrucosa cutis (?) *N. Y. D. S.*,
27 nov. 1900, *J. of C. D.*, avril 1901, p. 203.

Foster (B.) — Tuberculosis of the skin. *Saint Paul*,
M. J. 1908, X., 618-624.

Foubard (A.) — Etude sur le traitement des lupus des
membres et en particulier des lupus verruqueux
par le raclage et l'ablation au bistouri. *Thèse Paris*,
1894-95.

Foveau de Courmelles. — Lupus et photothérapie.
Ann. de Thérap. dermat. et Syph., Paris 1907, VII,
179-182.

Fox (H.) — Tuberculosis verrucosa (?) of the skin. *J. cutan., Dis. incl. Syph., N. Y. 1908, XXVI, 463-464.*

Fox. — Tuberculosis verrucosa cutis. *N. Y. D. S.,*
25 avril 1911, J. of C. D., sept. 1911, p. 498.

François-Dainville. — Tuberculose verruqueuse de la
langue. *Bulletin de la société anatomique de Paris,*
mars 1904 p. 224.

Frattali. — Tuberculose verruqueuse de la muqueuse
vaginale. *Clinica dermosifilopatica della R. Uni-*
versita di Roma, juin 1904, p. 39.

Gaucher (E.) — Traité des maladies de la peau,
Paris 1895.

— Maladies de la peau. *Nouveau Traité de Médecine*
et de Thérapeutique BROUARDEL et GILBERT. *Fasci-*
cule XIV, Paris 1909, Baillière édit.

— Tuberculoses verruqueuses des membres en foyers
multiples. *Journal des maladies cut. et Syph.*
Paris, 1906, XVIII, 268.

— Tuberculoses cutanées multiples, tuberculoses pa-
pulo-nécrotiques, angiomateuses, lichenoides, ver-
ruqueuses; formes de transition. *Bull. soc. franç.*
de Dermat. et Syph. Paris, 1911, XXII, 98-101.

Gougerot. — Tuberculoses cutanées. *Gazette des Hôpit.*
de Paris, 1906, LXXIX, 1107-1143.

Gougerot. — Le lupus vulgaire et ses variétés non ulcéreuses. *Journal des Praticiens*, n° 11, 15 mars 1913, p. 162.

Gougerot et See. — Tuberculose de la peau. *Nouvelle pratique médico-chirurgicale*, Paris, 1911, p. 442-453.

Gottheil (W. S.) — Tuberculosis verrucosacutis. *Internat. J. Surg. N. Y.* 1906, XIX, 194-197.

Graham Little. — Tuberculosis verrucosa cutis. *D. S. of L.*, 11 juin 02. *B. J. D.*, juil. 02, p. 265.

— Multiple tuberculosis verrucosa cutis, *D. S. of L.*, 14 février 06. *B. J. D.*, mars-1906.

Hallopeau (H.) — Sur les rapports de la tuberculose avec les maladies de la peau autres que le lupus vulgaire. *III^e Congrès international de Dermatologie et de Syphiligraphie. Annales de Dermat. et Syph. Paris 1896.*

— Des trêves dans les manifestations cutanées de la tuberculose. *Annales de Dermat. et Syph.*, octobre 1893, p. 1037-1043.

Hallopeau et Macé de Lépinay. — Sur l'atténuation de la virulence du bacille de Koch chez les lupiques. *S. f. D.*, 5 juillet 06. — *A. de D. juill. 06*, p. 693.

Harttung. — Tuberculosis verrucosa cutis. *Breslauer dermatologische vereinigung*, 3 fév. 06. *A. f. D.*, déc. 06, t. 82, p. 417.

Hartzell. — Tuberculosis cutis verrucosa. *Philadelphia*

Dermatological Society, 21 janv. 08. *J. of C. D.*, mai 08, p. 242.

Hébert (A.) — Tuberculose verruqueuse. *Normandie Médicale. Rouen* 1908, XXIV, 352-355 et *Rev. méd. de Normandie. Rouen* 1908, 232-235.

Heller (J.) et Hirsch (K.) — Ein Fall von Tuberculosis cutis verrucosa. *Archiv. f. Dermat. u. Syph.*, 1894, t. XXVI p. 393.

Heuser (K.) — Ein Fall von Tuberculosis verrucosa, cutis und tuberkulöser Lymphangitis hervorgerufen durch Rindertuberkelbazillen. *Deutsch. med. Wchnschr. Leip. u. Berl.*, 1911, XXXVII, 260-262.

Heyse. — Ueber Tuberculosis verrucosa cutis. *Dermat. zeitschrift*, 1894, t. I, p. 119.

Hodara (M.) — Ein Fall von Tuberculosis verrucosa cutanea (Riehl und Paltauf) des Unterschenkels nebst histologischer Untersuchung. *Monatsch. f. prakt. Dermat. Hamb.*, 1909, XLVIII, 311. *J. des mal. cut. et syph. Paris* 1909, XX, 183-185.

Hollander. — Tuberculosis verrucosa. *B. D. G.*, 11 j. 07, A. f. D., sept. 07, p. 97.

Howe. — A case of Tuberculosis verrucosa. *Boston dermatological Society, janvier 05. J. of C. D.*, avril 05, p. 179.

Hübner. — Beitrag zur Kenntniss der Tuberculosis verrucosa cutis Riehl-Paltauf. *Archiv. f. Dermat. und Syph. Wien. u. Leip.* 1909-10, XCIX, 59-66.

Inowye. — Ein Fall von Lupus vulgaris labiæ und Tuberculosis verrucosa cutis ani, entwickelt aus Fistula ani. *Japanische dermato-urologische gesellschaft*, 5-6 avril 06. *Japanische zeitschrift f. Dermatologie, u. Urologie*, août 1906, p. 348.

Isaac. — Fall von Tuberculosis verrucosa cutis an der rechten Hand. *B. D. G.*, 9 février 09. *D. Z juillet 09*, p. 451.

Ito. — Démonstration von Tuberculosis verrucosa cutis. *Dermato-Urologische gesellschaft in Tokyo*, 6 fév. 09. *Japanische zeitschrift für Dermatologie und Urologie*, mars 09, p. 213.

Jadassohn. — Maladies tuberculeuses de la peau. [Ueber die Tuberculösen Erkrankungen der Haut.] *Berliner Klin. Wochenschrift*, 1899, p. 987 et 1012.

Jeanselme. — Les tuberculoses cutanées. *Revue inter. de méd. et de chir. Paris*, 1908, XIX, 323-325.

Johnson (R.) — Tuberculous disease of the skin (lupus verrucosus). *Clin. J. Lond* 1908-09. XXXIII, 63.

Joseph et Trautmann. — Ueber Tuberculosis verrucosa cutis. *Deutsche méd. Wochenschr.* 20 mars 02.

Jourdanet (P.) — Les manifestations cutanées de la tuberculose. *Archives gén. de méd. Paris*, 1907, I, p. 107-115.

Kingsburg. — Tuberculosis verrucosa cutis of the foot. *Manhattan Dermatological Society*, janvier à avril 1910. *J. of C. D.*, avril 1911, p. 239.

Knickenberg (E.) — Ueber Tuberculosis verrucosa cutis. *Archiv. für. Dermat. u. Syph.*, 1894, t. XXVI, p. 405-429.

- Kohn.** — Tuberculous verrucosa cutis. *W. D. G.*, 7 fév. 1906, p. 108. *A. f. D.*, sept. 1906, t. 81, p. 410.
- Konigstein.** — Lupus verrucosus. *W. D. G.*, 17 mai 1911. *A. f. D.*, oct.-nov. 1911, p. 283.
- Lallier et Mathieu.** — Le lupus et les tuberculoses cutanées. *Archiv. de médéc.*, 1888.
- Laméris (Van.)** — Tuberculosis cutis verrucosa. *Congrès de la Société néerlandaise de Dermatologie. La Haye*, 31 mai 1908.
- Lassar.** — La tuberculose verruqueuse de la peau et ses rapports avec la tuberculose bovine. *Soc. de méd. de Berlin*, 28 déc. 1901.
- Tuberculosis verrucosa cutis. *Berlin médisin gésellsch.*, 20 mai 1903.
- Laurent.** — Tuberculose verruqueuse du pouce. *Lyon médical*, 20 octobre 1907, p. 655.
- Leiner (C.)** — Tuberculous diseases of the skin. *Dis. child.* PFAUNDLER et SCHLOSSMANN. *Eng. transl. roy.*, 8^e, Phila. et Lond., 1908, IV, 508-516, 2 pl.
- Leloir.** — Traité pratique, théorique et thérapeutique de la scrofulo-tuberculose de la peau et des muqueuses adjacentes. *Paris*, 1892.
- Lenglet.** -- Lupus. In *Pratique Dermatologique*, 1903, tome III.
- Lewandorski (F.)** — Etudes expérimentales sur la tuberculose cutanée. *Archiv. für. Dermatologie und Syphilis*, 1909, t. 98, p. 382.

Longueville (G.) — Du polymorphisme des manifestations tuberculeuses de la peau. *Thèse Paris*, 1890-91.

Malherbe. — Un cas de tuberculose verruqueuse chez un boucher. *Gazette médicale de Nantes*, 12 novembre 1904.

Marfan. — De l'immunité conférée par la guérison d'une tuberculose locale pour la phtisie pulmonaire. *Arch. de médecine*, avril-mai 1885.

Marschalko. — Tuberculosis verrucosa cutis. *Naturwissenschaftliche, aerztlich section des Siebenburger Museumvereins*, 1903. *D. C.*, mai 1903, p. 252.

Martin du Magny. — Contribution à l'étude de l'inoculation tuberculeuse chez l'homme. *Thèse Paris*, 1885-1886.

Meachen (G. N.) — Tuberculosis of the skin. *Brit. J. Tuberculosis*, 1910, t. V., 186-189.

Menage (H. E.) — Tuberculosis of the skin. *N. Orl., M. et S. J.* 1907-8. *LX*, 1010-1015.

Merklen. — Analyse du travail de RIEHL et PALTAUF. *Annales de Dermat. et Syph.*, 1886.

Metscherski. — Tuberculosis verrucosa. *Soc. Vénéreol et Dermat. de Moscou*, 1^{er} mars 1902.

Miller. — A new treatment for tuberculosis of the joints and skin. *The Edimburg méd. and Surg. Journ.*, février 1894.

Moschini (A.) — Tuberculose verruqueuse. *Clinica dermosifilopatica della R. Università di Roma*, juin 1899, p. 43.

- Moller (M.)** — Different kinds of tuberculosis of the skin. *Hygiea Stockholm*, 1909, 2 f. IX, 189-317.
- Morestin.** — Tuberculose verruqueuse pérïanale. *Bull. de la Société anat. de Paris*, avril, 1902, p. 414.
- Moutot.** — La tuberculose verruqueuse de la peau et des muqueuses dermo-papillaires. *Thèse Lyon*, 1907.
- Napier (A.)** — Case of lupus verrucosus. *Glasgow, M. J.*, 1906, LXVI, 134.
- Nicolas et Moutot.** — Tuberculose verruqueuse du dos du cou de pied droit, d'origine bovine probable. *Société médicale des Hôpitaux de Lyon*, 22 janv. 1907. *Lyon médical*, 24 fév. 1907, p. 386.
- Nielsen.** — Tuberculose verruqueuse. *Soc. dan. de Dermat.* 4 oct. 1899.
- Neumann.** — Lupus vulgaire papillaire hypertrophique. *Soc. viennoise de Dermat.*, 18 avril 1894 et 12 janvier 1898.
- Nobl.** — Tuberculous verrucosa cutis? *W. D. G.*, 24 fév. 1904, *A. f. D.*, juill. 1904, t. 70, p. 482.
- Ormsby.** — Tuberculosis verrucosa cutis. *Chicago dermatological Society*, 1903, *J. of C. D.*, déc. 1903, p. 572.
- Péré.** — Psoriasis, alcoolisme, tuberculose verruqueuse du dos du pied, généralisation viscérale. *Journal des maladies cutanées*, avril 1899, p. 217.
- Perrin et Goeffert.** — Deux cas de tuberculose cutanée verruqueuse. *Arch. de médéc. des enfants*, sept. 1902, p. 549.

- Perry.** — Lupus verrucosus. *D. S. of L.*, 11 avril 1888,
B. J. D., août 1907, p. 281 et 290 ; sept. 1907, p. 322.
- Plonski.** — Tuberculose verruqueuse par inoculation.
Soc. berlinoise de Dermat., 17 mars 1896.
- Poirier.** — Tuberculose verruqueuse. *Soc. belge de Der-
et de Syphil.* 13 juin 1909.
- Pusey (W. A.)** — The principles and practice of Derma-
tology. *N. Y. and L.* APPLETON et C^o 1911.
- Queyrat.** — La peau dans ses rapports avec la tubercu-
lose. *J. de méd. interne, Paris*, 1906, X. 106-109.
- Raffali.** — Contribution à l'étude des tuberculoses chi-
rurgicales chez les lupiques. *Thèse Montpellier*, 1903.
- Ravaut (P.)** — L'air chaud en thérapeutique dermatolo-
gique. *Annales de Dermat. et de Syph.*, Paris, 1910,
p. 145-155.
- Revue de la Tuberculose.** — Paris, Masson édit.
- Ritzo.** — Contribution à l'étude de la tuberculose cutanée.
Thèse Paris, 1887.
- Robeff.** — Contribution à l'étude de la tuberculose ver-
ruqueuse de la peau. *Thèse Bordeaux*, 1895-96.
- Roger (G. H.)** Introduction à l'étude de la médecine.
Paris, 1909, Masson édit.
- Rosenberg.** — Tuberculose cutanée du visage. (Lupus
tumidus, tuberculosa fungosa cutis.) *Soc. médicale
de Varsovie. Section des maladies cut. et syph.*,
10 mars 1909.
- Rosenthal (O.)** — Tuberculose de la peau. *Beitrag. zur.*

Hauttuberculose. Arch. f. Dermat. u. Syph., 1898,
t. XLIV, p. 151.

Sachs. — Tuberculosis verrucosa cutis, gommescrophuleuses. *W. D. G.*, 13 mai 1909. *A. f. D.*, mai 1909, p. 89.

Sack. — Les tuberculoses de la peau. *XII^e Congrès international de Moscou*, 1897.

Sakrepa. — Tuberculose cutanée verruqueuse. *Société Vénér. dermat. de Moscou*, 1^{er} Décembre 1900.

Sammartino. — Tuberculosis verrugosa. Casos de observacion (de Argentina Médica), *Buenos-Aires*, 09, p. 79.

Sarraute. — Lupus de la face, compliqué d'épithélioma Tuberculose verruqueuse disséminée. Erysipèle récidivant, éléphantiasis du membre inférieur droit. *J. des Maladies cutanées*, août 1899, p. 460.

Schaleck (A). — The principal forms of tuberculosis of the skin. *Am. J. Dermat. et génito-urin. Dis. St-Louis*, 1909, *XIII*, 320-322.

Schiller (L). — Tuberculosis of the skin. *Milwaukee. M. J.* 1910, *XVIII*, 129-133.

Schwimmer. — Les tuberculoses de la peau. *XII^e Congrès international de Moscou*, 1897.

Shelmire (J.-B.). — Tuberculosis verrucosa cutis ; report of a case *Texas state. J. M. Fort Worth.* 1906, *I*, 241 et *J. Cutan Dis. incl Syph. N.-Y.*, 1906, *XXIV*, 20-22, 1 pl.

Simpson. — Tuberculosis verrucosa cutis. *Chicago Dermatological Society*, 22 janvier 1909. *J. of C. D.*, octobre, 1909, p. 465.

Spillmann (Louis). — Trois cas de dermatoses verruqueuses. *Soc. de Méd. de Nancy*, 7 juillet 1909.

Spitzer. — Tuberculosis verrucosa cutis. *W. D. G.* 10 janvier 1906. — *A. f. D.*, Septembre 1906, t. 81, p. 404.

Stout. — Tuberculosis verrucosa cutis. *Transactions of the american Dermatological association Philadelphie*, 3-5 juin 1909, p. 273. — *J. of C. D.*, sept. 1909, p. 417.

Tardivel (A). — Contribution à l'étude de la tuberculose d'origine cutanée. *Thèse Paris*, 1889-90,

Teljer. — Tuberculosis verrucosa cutis. *Nederlansche Vereeniging van Dermatologen* 9 décembre 1906. — *Nederlansche Tijdschrift voor geneeskunde* 1907, n° 7, p. 508.

Thibaudet. — Lupus verrucosus. *Médical Record*. Novembre 1895.

Thibierge. — Tuberculosés cutanées. *Traité de médecine Charcot-Bouchard*.

— La tuberculose cutanée. *Revue des sciences médicales*, 1891.

Tolot (G). — Tuberculose de la peau des orteils avec éléphantiasis ; mort par tuberculose pulmonaire développée secondairement. *Rev de médecine, Paris* 1904, XXIV, 883-886.

- Towle.** — A case of tuberculosis verrucosa cutis. *J. Cutan*, Dis. incl. syph. N.-Y., 1907, XXV, 36-38.
- Trèves et Schreiber (G).** — Tuberculose verruqueuse et rupiacée de tout un membre inférieur, consécutive à une lésion osseuse du premier métatarsien. *Société de pédiatrie*, 17 janvier 1911, p. 58-64 et *Archives de Médecine des Enfants*, mai 1911, p. 345.
- Ulmann.** — Lupus verrucosus. *W. D. G.*, 9 juin 1909. — *A. f. D.*, fin septembre 1909,, p. 131.
- Urban (K).** — Ueber tuberculosis verrucosa cutis. *Wien. méd. Wchn. schr.* 1911., LXI., 1033-1035.
- Uruêna (J.-G.).** — La tuberculose de la peau dans la ville de Mexico. *Inter. Dermat. cong.* VI, 1907, Tr., N.-Y., 1908, I. 67-72.
- Vallas et Bertrand.** — Tuberculose cutanée verruqueuse; manifestations tuberculeuses multiples; tuberculose pulmonaire; abcès froids de la région sacrée et des parois thoraciques; épидидymite tuberculeuse. *Lyon médical* 1906, CVII., 118.
- Vidal (E).** — Du lupus scléreux. *Annales de Dermat. et syph.*, 1883, p., 414-420.
- Volk.** — Tuberculosis verrucosa cutis. *W. D. G.*, 11 nov. 1908. — *A. f. D.*, mai 1909, p. 97.
- Weidenfeld.** — Tuberculosis verrucosa cutis. *W. D. G.*, 15 mars 1905. — *A. f. D.*, octobre 1905, p. 120, t. 77.
- Werther.** — Ueber die Tuberkulide der Haut. *Verhändl d. deutsch. dermat. gesellsch. Berl.* 1908, X. 413-433.

Whitehouse. — Tuberculosis verrucosa cutis with remote tubercular gummata of the skin. *J. Cutan Dis incl. syph.*, N. Y., 1907, XXV, 270.

— Tuberculosis verrucosa and lupus vulgaris, (two cases). *J. cutan. Dis. incl. Syph.* N. Y., 1908, XXVI, 455-456.

— Tuberculosis verrucosa cutis of the hand and extensive lupus vulgaris of the face and neck. *N. Y. D. S.*, 23 mars 1909. *J. of C. D.*, juillet 1909, p. 308.

Wickham. — Lupus vulgaire et lupus verruqueux chez le même malade. *British journ. of Dermat.*, 1890.

Winfield. — Tuberculosis verrucosa cutis. *J. cutan. Dis. incl. syph.* N. Y. 1909, XXVII, 122.

Zieler. — Tuberculosis cutis verrucosa. *Würzburger Aerzteabend*, 25 octobre 1910.

TABLE DES MATIÈRES

AVANT-PROPOS	11
INTRODUCTION.	13
CHAPITRE PREMIER. — DE LA TUBERCULOSE VERRU- QUEUSE	15
CHAPITRE II. — DU LUPUS VULGAIRE	27
CHAPITRE III.	35
CHAPITRE IV. — OBSERVATIONS	43
CHAPITRE V.	57
CHAPITRE VI. — TRAITEMENT	61
CONCLUSIONS	73
BIBLIOGRAPHIE	75

IMPRIMERIE SPÉCIALE
DE LA LIBRAIRIE OLLIER-HENRY
26, RUE MONSIEUR LE-PRINCE, PARIS

